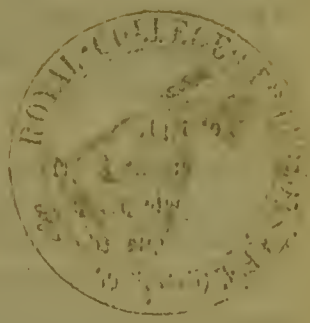

DE

L'OVARIOTOMIE

TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

Observations sur quelques points d'anatomie pathologique (thèse du doctorat), comprenant : Rupture du ventricule gauche du cœur; observations de hernies obturatrices ; anomalies de la crosse de l'aorte, etc. Strasbourg, 1853, in-4 avec 4 planches.

De l'ulcération en général et dans les différents tissus (Thèse de concours pour l'agrégation). Strasbourg, 1853, in-4.

De l'enfoncement du crâne chez les nouveau-nés. Strasbourg, 1858, in-8, 8 p. et 1 pl.

De l'avortement interne de l'œuf. Strasbourg, 1858, in-8, 8 p. et 1 pl.

De la cataracte pyramidale. Strasbourg, 1858, in-8, 24 p.

Des Cysticerques de ténias chez l'homme. Paris, 1861, in-8, 52 p. et 3 pl. (Extrait de la *Gazette hebdomadaire*.)

Tableau des muscles classés par rapport aux mouvements des diverses parties du corps. 2e édition. Strasbourg, 1861, in-8.

Essai sur le erétinisme. Strasbourg, 1862, in-8, 86 p. (Extrait du *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, par le docteur H. Dagonet. Strasbourg, 1862.)

Grossesse prolongée et accouchement provoqué. Strasbourg, 1862, in-8, 7 p.

Articles Aine, Bourses séreuses, etc., du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte*, publié sous la direction du docteur Jaccoud. Paris, 1864-1865, t. I et II.

Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne. Strasbourg, 1864, in-8.

Pour paraître prochainement :

Traité pratique de l'appareil auditif chez l'homme.

Histoire naturelle de l'échinocoque.

Des tumeurs de l'ovaire.

Traité d'anatomie pratique, etc.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

DE

L'OVARIOTOMIE

PAR

E. KŒBERLÉ,

Professeur agrégé (section de chirurgie) à la Faculté de médecine de Strasbourg,
Directeur du musée anatomique,
Ancien prosecteur et ancien chef des travaux anatomiques,
Président annuel de la Société des sciences naturelles de Strasbourg en 1864,
Lauréat de l'Académie impériale de médecine (prix Barbier), etc.

Avec six planches lithographiées

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Rue Hautefeuille, 19.

Londres, Hippolyte Bailliere. | **Madrid,** C. Bailly-Bailliere. | **New-York.** Bailliere Brothers.

Leipzig, E. Jung Treuttel, Querstrasse, 10.

1865

Tous droits réservés.

EXTRAIT DES MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
1863, t. XXVI, p. 329 à 394.

DE

L'OVARIOTOMIE.

INTRODUCTION.

L'ovariotomie est une opération qui consiste dans l'extirpation des ovaires. C'est le meilleur moyen d'obtenir une guérison durable et radicale de certaines transformations pathologiques de ces organes. L'extirpation peut être appliquée, soit comme traitement initial, lorsque d'autres moyens thérapeutiques ne sont pas applicables, ou, ce qui est le plus commun, ne sont pas à même de faire espérer la guérison ; soit dans les cas où les malades, soumises inutilement à divers traitements, sont cependant restées dans des conditions favorables.

L'ovariotomie est une conquête de la chirurgie moderne. Il y a quelques années, l'extirpation des tumeurs ovariques était encore considérée comme une opération épouvantable. Repoussée longtemps avec acharnement, elle a fini néanmoins par s'établir peu à peu en France, depuis l'impulsion donnée par le succès de mes opérations.

Pendant que cette opération est complétement

acceptée et vulgarisée en Angleterre et en Amérique, les médecins du continent européen hésitent encore à la pratiquer et à la conseiller.

Faut-il donc, dans les cas de tumeurs de l'ovaire, où la médecine est impuissante, en présence des résultats favorables de l'ovariotomie, abandonner toujours la maladie à elle-même, ou bien s'en tenir aux ponctions, moins effrayantes il est vrai, mais suivies d'un moment à l'autre d'une mort certaine, sauf de très-rares exceptions? Sans doute, dans quelques cas, la durée de l'affection peu être assez longue, et l'on risque de sacrifier aux chances d'une opération hardie, pouvant être suivie d'une mort immédiate, la probabilité de quelques années d'existence. Mais cette existence, en définitive, est ou sera pleine d'incommodités, d'alarmes et de tourments renaissants sans cesse, et l'affection s'aggravera de plus en plus, même dans les conditions les plus favorables.

L'idée de la gastrotomie, d'une large ouverture pratiquée dans le ventre, dans le but d'en extraire, au milieu des viscères abdominaux, des tumeurs parfois énormes, présente certainement à l'imagination des personnes étrangères à la médecine ou des médecins timorés, quelque chose d'effroyable, et l'on comprend que l'on ne se décide pas volontiers, lorsqu'on n'éprouve encore que des incommodités supportables. Et cependant le succès dépend en grande partie de la décision prise en temps opportun. Plus tard, lorsqu'il n'en est plus temps, les pauvres malades réclament souvent avec instance le bénéfice d'une opé-

ration, quelque chanceuse et mortelle qu'on la leur représente alors, ne fût-ce que pour être débarrassées tout de suite de l'intolérable fardeau d'une existence devenue odieuse ! Que de femmes à la fleur de l'âge ou parvenues à leur développement le plus parfait, en proie aux atteintes d'un mal inexorable, succombent ainsi, lorsque avec un peu plus de courage, quelques mois plus tôt, leur carrière aurait pu être longue et heureuse !

CHAPITRE PREMIER.

APERÇU HISTORIQUE.

« Nous ne doutons pas qu'insensiblement l'extirpation de l'ovaire ne paraisse moins dangereuse et n'entre dans la pratique. Ce n'est pas la première fois qu'on repousse en France, avec obstination, un procédé opératoire, parce que théoriquement on croit sa réussite impossible, ou parce qu'il n'a pas réussi entre les mains de certaines personnes. »

(STOLTZ, *Gaz.méd.*, Strasb., 1852, p. 115.)

Lors de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, en 1856-1857, sur les kystes de l'ovaire, le traitement par l'extirpation a rencontré la plus vive opposition. M. Velpeau a déclaré que « l'extirpation des ovaires malades est une opération affreuse, qui doit être proscrite quand même les guérisons annoncées seraient réelles (1). » M. Moreau a été jusqu'à dire : « Cette opération doit être rangée parmi les

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 25 novembre 1856, t. XXII, p. 200.

attributions des exécuteurs des hautes œuvres (1). » En présence de la réprobation et des anathèmes fulminés par les brillants orateurs qui ont successivement pris part à la discussion, il n'y a eu que Cazeaux, de regrettable mémoire, qui ait osé se prononcer en faveur de l'extirpation des ovaires.

« Mais enfin, a dit Cazeaux, n'y a-t-il rien de mieux à faire, dans ces cas malheureux, que d'abandonner les malades à une mort certaine? Je ne veux que toucher à cette question : car je sais que ma réponse rencontrera dans cette enceinte peu de sympathies, et que, pour la justifier, je serais obligé d'entrer dans de trop longs développements. Toutefois, je ne veux pas quitter cette tribune sans protester contre l'espèce d'anathème lancé par plusieurs de nos collègues contre l'extirpation des ovaires : je crois qu'avant de proscrire, il faut examiner, et qu'on n'a pas assez sérieusement examiné. Réservée pour les kystes multiloculaires et aréolaires, pour ceux dont le liquide est albumineux ou gélatineux, je n'hésite pas à déclarer que, dans ma conviction, l'opération est pleinement justifiable. Le succès, a dit M. Cruveilhier, ne justifie pas les entreprises téméraires. Je ne suis pas de cet avis. L'histoire de la chirurgie est là tout entière pour prouver le contraire. Malgré les erreurs nombreuses de diagnostic, malgré les incertitudes, les tâtonnements que rencontre à son début tout procédé opératoire, près des trois quarts des femmes ont survécu à

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 13 janvier 1857, t. XXII, p. 266.

l'opération et ont guéri. Supposons qu'on ait dissimulé la moitié des cas malheureux, il n'en restera pas moins un chiffre incontestable, c'est que la moitié de ces femmes ont survécu à l'extirpation. Or, n'oublions pas qu'il s'agit ici d'un kyste de l'ovaire et d'un kyste de la pire espèce; que lorsque ces tumeurs ont acquis un volume considérable, elles tuent les malades dans un temps très court, et, avant de les tuer, elles déterminent des souffrances telles, qu'à plusieurs de ces malheureuses la mort semble préférable à la vie. Eh bien! dans ces conditions, on vient proposer une opération qui jusqu'à présent a donné 50 pour 100 de succès, et vous la rejetez avec dédain! Eh bien! je dis que votre indignation n'est pas légitime et que vous n'avez pas le droit de ne pas instruire la famille des ressources qu'elle offre à la malade. Je dis que tous les jours les chirurgiens pratiquent des opérations tout aussi graves pour des maladies dont les indications ne sont pas plus pressantes (1). »

Déjà, avant ces mémorables discussions académiques, l'ovariotomie avait rencontré peu d'adhérents auprès des chirurgiens français, quoique depuis plus d'un siècle, en 1753, Delaporte (2) eût proposé cette

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 18 novembre 1856, t. XXII, p. 181.

(2) Ne serait-il pas possible d'entreprendre d'emporter le foyer de la maladie, je veux dire la tumeur formée par l'ovaire, quand la cause ne dépend que d'un vice idiopathique et que l'on a pu reconnaître dès le commencement que c'est l'ovaire même et l'ovaire seul qui est malade? » *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, 1753, t. II, p. 455.)

opération à l'Académie de chirurgie, et que Morand (1) lui eût prêté l'appui de sa parole autorisée.

C'est surtout de Haen (2) qui paraît avoir détourné de l'idée de l'extirpation des tumeurs ovariques, en cherchant à démontrer longuement les difficultés d'exécution et les dangers de l'opération, ainsi que les incertitudes du diagnostic. La plupart des chirurgiens de cette époque, ainsi que ceux du commencement de ce siècle, se sont alors prononcés contre cette opération; et même Boyer (3), alors qu'elle avait déjà été pratiquée à plusieurs reprises, disait encore : « La moindre réflexion suffit pour montrer les dangers et l'impossibilité de cette opération, qui n'a pas été pratiquée et qui ne le sera vraisemblablement jamais. »

Antérieurement, à diverses époques, l'extraction des ovaires sains et l'extirpation des tumeurs ovariques avaient été mises en question. S'il faut en croire les historiens, la castration chez les femelles d'animaux domestiques et même chez la femme remonte à une époque très-reculée.

Déjà, dans l'antiquité, en Asie, au rapport de Galien, on pratiquait la castration des truies (4). Aris-

(1) « Je crois qu'on doit louer M. Delaporte d'avoir osé le premier faire la question : si l'on ne pouvait point extirper l'ovaire avec la maladie, surtout lorsque l'hydropisie de l'ovaire est compliquée de masses squirrheuses en dedans. » (*Mém. de l'Acad. royale de chir.*, 1753, t. II, p. 459.)

(2) De Haen, *Ratio medendi*. Paris, 1761, t. II, p. 73.

(3) Boyer, *Traité des maladies chirur.*, chap. XXXVI, art. 4. Paris, 1849, p. 489.

(4) « Sues quidem fœminas apud nos non in Asia tantum, sed in supe-

tote (1) fait mention de la castration des chamelles et Varron de celle des vaches. Depuis, on a aussi pratiqué avec succès la castration des chiennes, des juments, des brebis, de différentes espèces d'oiseaux, et même de poissons.

Athénée (2) rapporte, d'après Xanthus, qu'Andramystès, roi de Lydie, avait fait pratiquer la castration à des femmes destinées à remplacer les eunuques dans le service de son palais. D'après Hésychius et Suidas, Gygès, roi de Lydie, aurait fait subir la même opération à des femmes dans le but de prolonger leur jeunesse (3).

rioribus etiam nationibus in Cappadociam usque exsecare consueverunt, quæ similes omnes castratis evadunt, obesæ admodum, ac pingues, carnisque suavitate aliis fœminis, quemadmodum etiam castrati mares aliis maribus præstant. Non tum ita tuto in fœminis testium extractio administrari potest ob sedem in qua collocati sunt vulvarum enim lateribus ex utraque parte adjacent ad arteriam et venam, quemadmodum et marium, seminale vas excipientes, quod revolutum i; sis innectitur, atque ad utrumque cornu pertendit, unde utraque illa scindere necesse est, si quis fœminas castrare voluerit; majusque in hoc quam in maribus periculum est.» (Galeni, *Opera*. Venise, 1625. *De semine*, l. I, c. 15, f. 333 H.)

D'après Pline (*Hist. anim.*, lib. VIII, c. 77), il paraît que cette opération ne consistait pas toujours dans l'extirpation des ovaires : « Castrantur suis fœminæ quoque, sicuti cameli, post bidui inediam suspensæ pernis prioribus, vulva recisa ; celerius ita pinguescunt. »

(1) Aristote, Περὶ ζωων ἱστορίας, l. IX.

(2) Athénée, Δειπνοσοφιστων Lib. XII, c. 3. « Λυδοὶ δὲ εἰς τοσοῦτον ἦλθον τρυφῆς, ὡς καὶ πρῶτοι γυναῖκας εὐνουχίσαι, ὡς ιστορεῖ Ξάνθος ὁ λυδός, ὁς εν τῇ δευτέρα τῶν λυδιακῶν, Ανδραμύστην φησι τῶν Λυδῶν βασιλέα πρῶτον γυναῖκας εὐνουχίσαντα, χρῆσθαι αὐταῖς ἀντὶ ἀνδρῶν εὐνουχων.»

(3) Voy. *Fragmenta historica Græcorum*, édit. de F. Didot, 1841, t. I, p. 39.

Wierus raconte qu'un porcher, en Hongrie, irrité contre les égarements de sa fille, lui extirpa les ovaires à la manière dont il le pratiquait chez les animaux, et qu'elle survécut à cette mutilation.

Plater (1), en 1680, se demandait s'il ne serait pas possible d'opérer la castration de certaines femmes dominées par un penchant excessif à la sensualité; mais Riolan (2), Diemerbroeck (3), ont considéré cette opération comme étant très-grave.

P. Pott, vers 1770, paraît avoir extirpé les deux ovaires à une jeune femme d'environ vingt-trois ans, bien réglée, qui était entrée à l'hôpital Saint-Barthélemy, à cause de deux petites tumeurs qu'elle avait aux aines et qui, depuis quelques mois, étaient très-douloureuses et gênantes. Ces tumeurs étaient exemptes d'inflammation, molles, inégales à leur surface, très-mobiles et placées à l'extérieur de l'ouverture tendineuse de chacun des muscles obliques, par laquelle elles paraissaient avoir passé. Elles étaient irréductibles. Comme cette femme, qui était obligée de gagner son pain, était résolue à tout souffrir pour être soulagée, on se détermina à lui faire l'opération. La peau et la membrane adipeuse ayant été divisées, on découvrit un sac membraneux et mince, où était un corps si ressemblant à un ovaire humain, qu'il était impossible de le prendre pour autre chose. On lui fit

(1), Plateri *Observ. libri tres.* Bâle, 1680, p. 248.

(2) Riolani *Opera omnia.* Paris, 1610, *Anatome*, p. 142.

(3) Diemerbroeck, *Anatome corporis humani.* Lyon, 1679, l. I, c. XXIII.

une ligature tout près du tendon et on le coupa. La même opération fut faite de l'autre côté et l'on découvrit absolument la même chose, tant en faisant l'opération, qu'en examinant les parties extirpées. Cette femme a toujours joui depuis d'une bonne santé. Son sein, qui était très-gros, s'est affaissé; et depuis l'opération, c'est-à-dire depuis quelques années, elle n'a point été réglée (1).

Lassus (2) a vu une fille, âgée de dix-huit ans, à laquelle un chirurgien avait extirpé par méprise un ovaire hernié à travers l'anneau inguinal, et qui guérit parfaitement.

En 1722, Schlenker (3), s'appuyant sur les données historiques, paraît avoir, pour la première fois, signalé timidement la possibilité de l'extirpation des ovaires malades. Après lui, Willi (4), en 1731, en relatant l'observation d'une énorme tumeur ovarique multiloculaire, du poids de 50 kilogrammes et demi, prenant en considération l'incurabilité absolue jusqu'alors

(1) P. Pott, *Œuvres chirurg.*, traduct. franç. Paris, 1777, p. 492.

(2) Lassus, *Pathol. chirurg.*, t. II, p. 100.

(3) « An vero per incisionem extrahi possint ovaria, prudentibus dijudicandum relinquo.» (Schlenker, *De sing. ovarii sinistri morbo.* Leyde, 1722).

(4) «Si hydrops enim hic ovarii omnes occupaverit cellulas, humor contentus sit crassus, tenax, nulla spes superest, quæstionem excutiemus, an ovarium hoc extirpari queat, ut radix mali et causa simul removeantur, gravia enim et permagna abdominis vulnera sanata fuisse experientia docet, atque hinc non admodum esse metuendam curationem excisione ovarii instituendam facile quis suspicari posset? » (Willius, *Specimen medicum sistens stupendum abdominis tumorem.* Bâle, 1731, p. 35.)

d'une pareille affection, se demande s'il ne serait pas possible d'extirper avec l'ovaire le mal dans son principe; mais, tout en convenant que l'opération serait possible au début, alors que personne n'oserait encore la conseiller, il la rejette néanmoins, par suite du danger de mort auquel on exposerait la malade, lorsqu'une fois la tumeur a acquis un grand volume, à cause des adhérences qu'elle a pu contracter, de l'incision de toute la longueur de la paroi abdominale qu'exigerait son extraction, de la douleur, de l'hémorrhagie, de l'exposition des viscères abdominaux à l'air et des accidents qui en résulteraient.

De même Peyer (1), à l'occasion d'une tumeur volumineuse de l'ovaire observée chez une jeune fille morte en 1718, a soulevé la question de savoir si l'on n'aurait pu extirper cette tumeur dans les premiers temps de son évolution.

Tozzetti (2) s'est demandé aussi s'il ne serait pas possible d'extirper les tumeurs solides des ovaires, mais sans oser résoudre la question. Toutefois, il pense qu'il y aurait lieu de songer à l'extirpation de la tumeur, dès qu'elle se montrerait rebelle aux médications ordinaires.

Theden (3) paraît avoir en premier lieu indiqué une méthode pour exécuter l'opération, en faisant au-dessus de l'aine, du côté affecté, une incision à travers laquelle on chercherait à placer une ligature sur le

(1) *Acta helvetica*, t. I. Bâle, 1751, app. 1.

(2) Tozzetti, *Prima raccolta di osservazioni medice*. Florence, 1752.

(3) *Nova acta nat. curios.*, t. V, p. 289.

pédicule de la tumeur qu'on tenterait d'extraire ensuite.

Ces propositions n'ont pas été considérées comme sérieuses et n'ont pas été discutées, jusqu'à ce que Morand, en appuyant l'idée soulevée par Delaporte, leur eut donné le retentissement et l'autorité qui leur avaient manqué jusqu'alors.

De Haen, Morgagni, W. Hunter, etc., se prononcèrent contre l'opération que Van Swieten pourtant ne repoussait pas d'une manière absolue (1).

C'est Laumonier, de Rouen, qui le premier, en 1781, a pratiqué l'extirpation d'un ovaire dans un état morbide, en quelque sorte par hasard, dans un cas d'hydropisie enkystée de la trompe compliquée d'une ovarite. Cette opération ayant été diversement interprétée, j'ai cru devoir en donner une analyse succincte (2).

Une femme, âgée de vingt et un ans, qui relevait de couches, était affectée depuis six à sept semaines, d'une fièvre lente, d'une diarrhée colliquative et d'un écoulement vaginal abondant et fétide. Elle présentait dans la région hypogastrique, qui était tendue et douloureuse, une tumeur dure, dont la « pression faisait couler » une humeur puriforme par le canal vaginal. On considéra l'affection comme résultant d'un dépôt laiteux dans l'ovaire et dans la trompe, qu'on se décida à ouvrir.

Laumonier fit une incision de 12 centimètres, parallèle au pli de l'aine, et mit à découvert une tumeur bleuâtre, fluctuante, adhé-

(1) « Morbo nondum admodum provecto, dum minor adhæsionis metus est cum vicinis, non videtur impossibile hoc cum spe felicis eventus tentari posse. » (Van Swieten, *Comment in H. Boerhaave Aphor.* Liége, 1770, t. IV, § 1223.)

(2) *Histoire de la Société royale de médecine*, 1782, t. V, p. 296.

rente par sa partie inférieure, surmontée par une autre tumeur de la grosseur d'un œuf, formée par l'ovaire. La pression exercée sur la tumeur fluctuante qui était formée par la trompe fit sortir une petite quantité de pus par le vagin. On fendit cette poche fluctuante depuis la petite tumeur formée par l'ovaire jusqu'à l'endroit où la trompe s'unit à l'angle de la matrice, et l'on donna issue à une pinte de fluide purulent, noirâtre, extraordinairement infect. L'ovaire ayant été considéré comme étant devenu squirrheux, fut détaché de la trompe, ce qui donna lieu à une hémorrhagie insignifiante.

On remplit ensuite la cavité de la trompe avec de la charpie imbibée d'un mélange de miel et de jaune d'œuf. L'appareil du pansement ayant été levé au troisième jour seulement, il s'échappa de la plaie cinq à six onces de matière sanieuse et infecte. Comme les intestins étaient enflammés et adhérents dans toute la circonférence de la tumeur avec la paroi abdominale, Laumonier voulut les décoller, pour éviter, dit-il, les tiraillements douloureux que ces sortes d'adhérences occasionnent souvent après la guérison des maladies qui leur ont donné lieu; mais heureusement il éprouva une trop grande résistance, et la malade des douleurs trop vives, et il ne put exécuter son entreprise qui aurait été infailliblement suivie d'une péritonite mortelle.

Vers le seizième jour, la cavité de la trompe était réduite à un volume à peu près égal à celui d'un œuf. Au bout d'un mois, la cicatrisation de la plaie était complète.

Cette opération n'eut aucune portée; elle fut classée parmi les cas curieux, et elle resta sans influence marquée sur la question de l'extirpation des tumeurs des ovaires, car elle n'eut pas d'imitateurs.

En 1786, J. Hunter s'exprimait ainsi : « Au début de leur formation, on pourrait pratiquer l'extraction des hydatides de l'ovaire, car elles rendent la vie pénible pendant une année ou deux, et finissent par amener la mort. Il n'y a aucune raison pour croire

que les femmes ne pourraient pas supporter l'extirpation des ovaires, aussi bien que les autres femelles d'animaux : il ne s'agirait que d'ouvrir la cavité abdominale, ce que l'on fait souvent sans inconvénient sur des sujets sains (1). »

Quelques années plus tard, Chambon (2) se montra partisan très-déclaré de l'extirpation des tumeurs ovariques. Il s'exprima même avec une étendue de vues et une conviction remarquables. « Je ne crois pas, dit cet auteur, que toute espèce d'adhérence fasse un obstacle à la castration. En considérant quelles sont les parties avec lesquelles les ovaires se réunissent d'une manière un peu fixe, on observe dans les dissections que c'est avec le péritoine, les ligaments larges, la trompe, son pavillon, le morceau frangé, quelquefois l'épiploon et les intestins. Lorsque la tumeur est immobile, on ne peut pas juger de l'étendue des adhérences et de la nature des parties ainsi agglutinées : on ne peut donc pas tenter une opération dont il a été impossible de prévoir les suites. Lorsque la tumeur est libre, l'opération ne présente pas de grandes difficultés et n'est susceptible d'aucun accident redoutable, car je suppose qu'on ne tente aucune espèce d'opération majeure dans un sujet dont le sang est vicié, la faiblesse extrême, etc. Les adhérences de la tumeur avec l'épiploon ne détruisent point sa mobilité, mais quand même il s'en rencontrerait qu'on n'aurait

(1) *Œuvres complètes*, trad. Richelot. Paris, 1839, t. I, p. 635.

(2) Chambon, *Maladies des femmes. Maladies chroniques à la cessation des règles*. Paris, 1798.

pas pu prévoir, faute de signes certains pour les faire reconnaître, il n'y aurait aucun inconvénient à emporter le bord de l'épiploon, qui aurait contracté adhérence. L'union contre nature des intestins ou d'une portion d'intestin avec la tumeur ne contre-indique l'opération que dans le cas où l'inflammation à la faveur de laquelle l'adhésion s'est contractée aurait été violente. Dans ce cas, la tumeur se colle fixement à toutes les parties voisines, et nous n'en proposons point l'extirpation ; car ces sortes d'adhérences sont non-seulement très-étendues, mais encore si fermes, que les organes réunis forment des productions, en quelque sorte de nouvelle création, par la consistance et l'épaississement qu'elles acquièrent. Il y a alors impossibilité d'enlever les parties malades; car, ou il faudrait faire la section dans la substance même de la tumeur à détruire, et, par conséquent, attendre les suites d'une suppuration longue et périlleuse, ou emporter des organes trop adhérents à la tumeur, ce qu'on ne pourrait exécuter sans les plus grands périls pour les sujets opérés. Toutes les tumeurs des ovaires, soit squirrheuses, soit stéatomateuses, cartilagineuses, pierreuses, charnues, les kystes contenant des liquides épais ou ténus, toutes ces tumeurs sont de nature à être opérées dans les circonstances dont j'ai fait ci-dessus l'énumération. La même doctrine est applicable aux engorgements et à l'hydropisie des trompes. Il existe des tumeurs des ovaires qui, après avoir acquis un certain volume, ne prennent plus de nouvel accroissement. Quelques

squirrhes se comportent de cette manière. Nous n'en proposons pas l'opération tant qu'ils sont dans cet état d'inaction. Nous sommes persuadé qu'il viendra un temps où cette opération sera étendue à des cas plus nombreux que ceux où nous l'avons proposée, et qu'on ne fera pas de difficulté de la pratiquer (1). »

En 1808, d'Escher (2) exposa, d'après Thumin, un procédé opératoire consistant à faire une incision le long du bord externe du muscle droit, à détacher avec les doigts, ou même avec le bistouri, les adhérences qui peuvent exister, à extraire et à exciser la tumeur après avoir lié son pédicule, à placer le fil de la ligature à l'un des angles de la plaie dont les lèvres devaient être rapprochées et maintenues réunies par des compresses latérales et par un bandage de corps.

Toutes ces propositions, considérées comme téméraires par les chirurgiens renommés du commencement de ce siècle, restèrent stériles : il fallut même attendre bien des années encore jusqu'à ce que l'extirpation des tumeurs des ovaires, d'abord entreprise en Amérique, et déjà passée dans la pratique de quelques chirurgiens, éveillât quelque attention en France et y rencontrât de rares imitateurs, quoique le docteur Chereau ne cessât dans ses nombreux travaux d'indiquer les résultats obtenus (3), et que dans ces derniers

(1) Chambon, *loc. cit.*, chap. XXXIX, *De l'extirpation des ovaires*, passim.

(2) D'Escher, *Considérations médico-chirurgicales sur l'hydropisie enkystée des ovaires*. Thèse, Montpellier, 1808.

(3) Voy. *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1844,

temps le docteur Worms eût publié un mémoire très-remarquable sur ce sujet (1).

La première extirpation d'un kyste de l'ovaire a été entreprise par Mac Dowal (2), à Danville (Kentuky), en 1809. Ce hardi chirurgien exécuta, dit-on 13 opérations jusqu'à sa mort, en 1830, 8 fois avec succès.

Dans le premier cas, M'Dowal fit parallèlement au muscle droit une incision qu'il fallut étendre jusqu'à 28 centimètres de longueur; mais la tumeur était si grande qu'elle ne put être extraite. Après avoir placé une ligature sur le pédicule, M'Dowal fendit la tumeur et en fit sortir 7 kilogrammes et demi d'une matière colloïde, puis il divisa le pédicule et put dès lors tirer du ventre une masse du poids de 3700 grammes. Pour faire écouler le sang qui s'était répandu dans l'abdomen, on inclina la patiente sur le côté, puis on plaça quelques points de suture et des bandelettes agglutinatives, après avoir disposé la ligature du pédicule à l'extémité inférieure de la plaie. La guérison complète survint sans accident, quoique les intestins, qui s'étaient prolabés, fussent restés exposés pendant vingt-cinq minutes à l'air. L'opérée madame Crawford, vivait encore en 1845.

Quelque temps après, M'Dowal entreprit une deuxième opération sur une négresse; mais, comme la tumeur ovarique avait contracté des adhérences

p. 228. *Esquisse historique sur l'ovariotomie* (*Union médicale*, 1847), etc.

(1) Worms, *De l'extirpation des kystes de l'ovaire*. Paris, 1860.

(2) Lizars, *Observ. on extract. of diseas. Ovar.*, 1825.

avec la vessie et l'utérus, il se contenta d'y faire une incision, qui donna issue à un liquide gélatineux. La cavité abdominale fut débarrassée d'une assez grande quantité de sang, qui s'y était écoulé malgré tous les soins; la réunion fut opérée comme dans le premier cas, et la plaie ne tarda pas à guérir. Au bout de six ans, la tumeur reprit son volume primitif, et la malade succomba aux suites de l'affection.

En 1816, M'Dowal pratiqua encore une fois l'extirpation d'une tumeur ovarique très-mobile, du poids de 3 kilogrammes, chez une négresse. Il fallut faire une incision étendue du pubis à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. Il réussit à extraire ainsi une tumeur en grande partie compacte « squirrheuse » de l'ovaire gauche, dont le pédicule avait été lié préalablement comme dans le premier cas. La tumeur fut excisée. La ligature tomba seulement cinq semaines après, et l'opérée put reprendre ses travaux habituels.

Dans une quatrième opération, en 1817, la ligature du pédicule s'échappa, et il en résulta une hémorrhagie grave, dont les suites devinrent mortelles.

Dans un cinquième cas, en 1818, il existait des adhérences étendues qui rendirent l'opération très-laborieuse. L'opérée mourut le troisième jour de péritonite.

Ces résultats attirèrent l'attention, et bientôt d'autres chirurgiens américains tentèrent la même voie. En 1822, N. Smith (1) du Connecticut, réussit à

(1) *Case of ovarian dropsy successfully removed by a surgical operation*, dans *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1822; id., dans *The Americ. med. recorder.*, Philadelphie, t. V, 1822, n. 17.

extraire, au moyen d'une incision de 12 centimètres, un kyste qui avait contracté des adhérences à la paroi abdominale et à l'épiploon, et qui contenait trois litres et demi de liquide brunâtre. N. Smith se contenta de maintenir la réunion avec des bandelettes agglutinatives et un bandage de corps. Aucun symptôme défavorable ne se produisit après l'opération; mais, après la chute de la ligature, il se forma un abcès que l'on ouvrit. Au bout de trois semaines, l'opérée, âgée de trente-trois ans, était capable de se tenir debout et de marcher; depuis, la guérison s'est confirmée.

Dans une autre opération, N. Smith, ayant rencontré de fortes adhérences, se contenta de vider le kyste. La malade se rétablit, mais le kyste se remplit de nouveau (1).

En 1823, G. Smith opéra une négresse. On fit une incision étendue du pubis à l'ombilic. Le kyste ayant été ouvert, son contenu fut évacué, la tumeur fut excisée après la ligature du pédicule. L'opérée était en voie de guérison le vingt-cinquième jour (2).

Pendant une vingtaine d'années encore, peu d'opérations de ce genre paraissent avoir été entreprises; mais vers 1840, leur nombre augmenta rapidement.

MM. Atlee, Peaslee, Dunlap sont les chirurgiens qui ont fait le plus grand nombre d'opérations et avec le plus de succès.

(1) N. Smith, *Med. and surg. Memoirs*, p. 231.

(2) *North Americ. med. and. surg. Journal*, janvier 1826.

C'est en 1823, que Lizars (1), professeur d'anatomie et de physiologie à Édimbourg, tenta d'introduire la pratique de l'ovariotomie en Angleterre ; mais ses débuts ont été malheureux.

Dans le premier cas, il y eut une erreur de diagnostic : il n'existait pas de tumeur. Une femme, âgée de vingt-sept ans, dont le ventre était très-tuméfié, éprouvait des douleurs très-vives dans le côté gauche, où l'on avait ouvert avec la lancette, deux mois et demi auparavant, une petite tumeur mobile considérée comme un abcès lombaire : l'incision avait donné issue à une grande quantité de sérosité, sans que toutefois le volume du ventre eût diminué. Depuis, elle avait été ponctionnée deux fois, par deux des médecins les plus habiles d'Édimbourg, qui croyaient à une affection ovarique. Lizars entreprit la gastrotomie dans le but d'extirper la tumeur supposée : il fit une incision étendue depuis 6 centimètres de l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis, dans toute l'épaisseur de la paroi abdominale, tandis que l'on cherchait en vain à maintenir les intestins qui firent irruption au dehors. A son grand étonnement Lizars ne trouva pas de tumeur, mais seulement une petite saillie molle, d'un très-petit volume, à côté de la symphyse sacro-iliaque. La matrice et les ovaires étaient parfaitement sains. On se hâta de faire rentrer les intestins et d'opérer la réunion

(1) Lizars, *Observations on Extraction of diseaded ovaria*, 1825, in-fol.; id., dans *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, n° LXXXI, 1825; R. Lee, *Med. chir. Transact.* t. XXXIV, p. 10.

de l'énorme incision qui avait été pratiquée, à l'aide de points de suture et de bandelettes agglutinatives. L'opérée se rétablit rapidement. Lizars explique son erreur par l'obésité, par la dilatation des intestins sous l'influence des gaz, et par la saillie prononcée de la partie lombaire de la colonne vertébrale que présentait la femme opérée (1).

En 1825, dans le deuxième cas, les deux ovaires étaient malades et Lizars ne put en enlever qu'un seul; il existait de l'ascite; la malade, âgée de trente-six ans, se rétablit aussi au bout de trois mois.

Dans le troisième cas, une tumeur du poids de sept livres, très-adhérente, put être extraite, mais l'opérée, âgée de vingt-cinq ans, succomba.

Enfin, dans une quatrième opération, il existait une tumeur fibreuse de la matrice, très-vasculaire, adhérente à l'épiploon. Cette tumeur ne fut pas enlevée; la malade se rétablit et vécut encore vingt-cinq ans.

Vers la même époque, Granville fit aussi deux tentatives malheureuses, et l'on opéra à Guy's Hospital une jeune femme qui n'offrait aucune tumeur, mais qui se rétablit heureusement. Ces résultats ne pouvaient guère encourager les chirurgiens anglais. Cependant, en 1835, Jeaffreson, de Framlingham, plus heureux, réussit à pratiquer avec succès l'extirpation d'un kyste à deux loges, contenant environ six litres de liquide, au moyen d'une incision de dix à douze lignes (3 centimètres) seulement. Néanmoins on con-

(1) *Edinburgh medic. and surg. Journal*, octobre 1824.

tinua à rester dans une réserve prudente jusqu'en 1840. A partir de cette époque, MM. C. Clay, Bird, Walne, Lane, etc., obtinrent des succès remarquables, et parvinrent à fixer l'attention par leurs tentatives hardies. Depuis, MM. B. Brown, S. Wells, J. Clay, T. Smith, Humphray, Fergusson, Keith, Hutchinson, Simpson, etc., pour ne citer que les noms les plus connus, sont successivement venus renforcer leurs rangs et concourir avec eux, après bien des luttes, à faire adopter en Angleterre l'ovariotomie au nombre des opérations légitimes. C'est surtout depuis 1858, époque à laquelle l'ovariotomie a été proscrite en France à l'Académie de médecine, que cette opération est devenue de plus en plus populaire en Angleterre. Dès lors, la proportion des succès tend beaucoup à augmenter, parce que les indications de l'opération sont mieux comprises; les malades s'y soumettent plus volontiers et n'attendent plus à la dernière extrémité ; enfin le manuel opératoire et le traitement consécutif ont reçu des perfectionnements importants.

En Allemagne, de même qu'en France, l'ovariotomie a été longtemps repoussée par les chirurgiens en renom, quoique du reste elle ait été pratiquée dès 1819. Poursuivie par les sarcasmes de Dieffenbach, à la suite des échecs de ce chirurgien, elle fut plus tard pratiquée assez activement, puis elle tomba en discrédit complet.

Chrysmar (1), d'Isny (Wurtemberg), opéra en 1819

(1) *Journ. der Chir. und Augenheilkunde*, de Hopfer, v. Græfe, Walter, t. XII, p. 62 et suiv.

une femme âgée de quarante-sept ans, qui était affectée d'une tumeur de l'ovaire gauche, compliquée d'ascite. Cette tumeur pesait près de 4 kilogrammes, elle avait contracté des adhérences avec la grande courbure de l'estomac et avec le côlon transverse. Il fallut faire une incision étendue du pubis à l'appendice xiphoïde. L'opérée succomba trente-six heures après l'opération, à une gangrène de l'intestin.

En 1820, Chrysmar extirpa, chez une femme âgée de trente-huit ans, une tumeur ovarique d'un poids de 4 kilogrammes, sans aucune adhérence. L'opérée guérit au bout de sept semaines; elle devint grosse deux ans après et accoucha heureusement à terme. La même année, Chrysmar opéra une malade âgée de trente-huit ans, d'une faible constitution et affectée d'une maladie chronique du foie avec de l'ascite. Quoique le pronostic fût très-défavorable, il finit par céder aux instances de la malade pour la débarrasser d'une tumeur ovarique du poids de 3 kilogrammes, qui avait un pédicule très-épais. Des lipothymies répétées eurent lieu après l'opération, et la malade expira trente-six heures après, par suite d'une péritonite gangréneuse.

En 1821, Dzondi (1) entreprit une gastrotomie, au moyen d'une incision de la ligne blanche, dans un cas de tumeur abdominale mobile; mais il laissa cette tumeur intacte en s'apercevant qu'elle dépendait de

(1) *Aesculap, Zeitschrift der Vervollk. der Heilk. gewidm. v. Prof. Dzondi*, Leipzig, 1821, II, 1.

l'ovaire. La plaie guérit par première intention. La malade ayant succombé à une entérite, Dzondi put constater à l'autopsie que la tumeur qui provenait de l'ovaire avait un pédicule à peine gros comme le pouce, et qu'il aurait été facile de le lier et de le sectionner.

En 1824, un chirurgien dont le nom est resté inconnu, fit encore une tentative malheureuse sur une femme âgée de quarante ans, malade depuis cinq mois, affectée depuis cette époque d'une tumeur qui avait pris un accroissement très-rapide, et qu'on avait été obligé de ponctionner à plusieurs reprises. Le pédicule était épais, et l'on ne put extraire que partiellement le kyste. L'opérée succomba le sixième jour après l'opération (1).

Dieffenbach (2), en 1826, tenta l'extraction d'une tumeur abdominale très-mobile supposée ovarique, chez une femme polonaise âgée de quarante-quatre ans. Il pratiqua sur la ligne blanche une incision étendue depuis 9 centimètres au-dessus de l'ombilic jusqu'à 15 centimètres au-dessus du pubis. La tumeur offrait une base très-large ; elle fut incisée ; il en résulta une hémorrhagie très-forte, qu'on eut beaucoup de difficultés à arrêter. La plaie fut fermée par six points

(1) Voy. Froriep's, *Notizen*, t. XIV, n° 14.

(2) Rust's, *Magazin fur die gesammte Heilk.*, t. XXV, l. 2, p. 349. — Sacchi a dit de cette opération, d'après le compte rendu des *Arch. gén. de méd.*, t. XX, p. 92 : « Il dottore Dieffenbach di Berlino estirpo un'ovaja con felicissimo esito in una donna di 40 anni. » (Omodei, *Annali univ. di med.*, t. LXIII, p. 325.)

de suture. Quelques semaines après, la malade était rétablie.

En 1828, Martini tenta encore une opération qu'il laissa inachevée, et aux suites de laquelle la malade succomba, par hémorrhagie, au bout de trente-six heures. La tumeur contenait un litre de sérosité et avait le volume d'une tête d'homme (1).

Enfin Ritter opéra, en 1828, une femme âgée de trente et un ans, trois mois et demi après sa cinquième couche. Il existait de l'ascite. La tumeur avait contracté de nombreuses adhérences. La réunion fut opérée au moyen d'un bandage. La plaie donna issue, après l'opération, à beaucoup de sérosité sanguinolente. Il survint du délire qui se prolongea pendant huit jours, jusqu'au moment où il se vida tout à coup par la plaie une collection purulente. A partir de là, la fièvre tomba. La guérison de la malade marcha rapidement; elle était complète au bout de deux mois (2).

Jusqu'en 1850, sur environ vingt cas d'opérations terminées, on ne compte guère que trois guérisons; et, sur huit tentatives d'opérations qui restèrent inachevées, cinq opérées succombèrent.

Langenbeck, Knorre, v. Kiwisch, Heyfelder, v. Siebold, v. Scanzoni, donnèrent momentanément une certaine impulsion à l'ovariotomie, mais les déplorables résultats de leurs opérations découragèrent tellement

(1) Rust's, *Magaz. fur die gesammte Heilk.* Berlin, 1828, t. XXVII, n° 3.

(2) *Hauptsanitætsbericht von Tyrol u. Vorarlberg*, 1828; id., *Neue med. Jahrb. des K. k. OEstereich. Staates*, t. XI.

les médecins allemands que, depuis 1856, aucune opération ne paraît plus avoir été pratiquée jusqu'à présent en Allemagne.

De huit opérations connues du professeur Langenbeck, de Berlin, deux seulement ont été suivies de succès, et encore, dans l'un des cas (5 novembre 1852), il y avait encore de la suppuration au bout de deux mois. La seule des cinq opérées de v. Kiwisch, qui échappa à la mort, guérit malgré les circonstances les plus étranges. C'était une jeune fille de dix-neuf ans (23 juillet 1850), à laquelle v. Kiwisch fit une incision de 24 centimètres de longueur. Le kyste était multiloculaire, sans adhérence et contenait 7 kilogrammes de liquide. Les intestins firent hernie à plusieurs reprises; il s'écoula une assez grande quantité de sang et de liquide dans la cavité abdominale, en même temps qu'il y pénétra de l'air. Un liquide, d'apparence purulente, pénétra dans le bassin. La patiente fut tournée sur le ventre pour faire écouler les liquides. Tous les intestins sortirent alors. Néanmoins, l'opérée guérit au bout de cinquante-neuf jours.

C'est en 1844 seulement que l'ovariotomie reparut en France, encore en quelque sorte par hasard, dans un cas de tumeur abdominale compliquée d'ascite. L'extirpation de la tumeur, dont le diagnostic n'avait pu être déterminé, a été entreprise témérairement à la demande de la malade par un simple médecin de campagne, le docteur Woyeikowski, de Quingey (Doubs). La réussite de cette opération démontre une fois de plus que le succès favorise quelquefois les

entreprises audacieuses : *Audaces fortuna juvat, timidosque repellit.* La même année, le professeur Rigaud tentait à Strasbourg une opération laissée inachevée ; quoique le cas, très-analogue au précédent, paraisse avoir présenté des conditions beaucoup plus favorables, la malade succomba. L'intérêt qui s'attache à ces premières tentatives m'engage à les rapporter *in extenso.*

Voici l'observation de M. Woyeikowski :

Le 27 avril 1844, je fus appelé à Montfort pour accoucher madame Replumard. La sage-femme me donna les renseignements suivants : après quelques douleurs, les eaux s'étaient écoulées en petite quantité ; aussitôt après, issue par les parties génitales d'une tumeur charnue assez volumineuse, remplissant le vagin, et empêchant de reconnaître la position de l'enfant. Les douleurs maintenant étaient très-faibles et irrégulières. Je questionnai à mon tour la malade : elle était âgée de quarante ans, mère de trois enfants ; les règles sont supprimées depuis quinze mois ; dès cette époque, envie de vomir, dégoût pour les aliments, et, en un mot, mêmes symptômes que dans les grossesses précédentes. Le neuvième mois n'ayant rien amené, deux médecins furent consultés ; ils pensèrent à la possibilité d'une grossesse extra-utérine, mais sans se prononcer et sans rien prescrire. J'examinai alors les parties génitales : la tumeur annoncée par la sage-femme n'était autre que la matrice triplée de volume et dont l'orifice admettait le doigt. Je ne puis la réduire. Abdomen très-distendu par un amas considérable de liquide et très-sensible au toucher. La paracentèse, pratiquée aussitôt, donna issue à 35 litres d'un liquide jaunâtre, transparent, inodore ; je découvris alors une tumeur grosse comme une tête d'adulte, arrondie, bosselée, flottant au-dessus du détroit supérieur et parfaitement indolente. La malade demandait qu'on l'en débarrassât. Tous les autres organes étaient sains.

Réduction facile de l'utérus ; repos au lit ; diète sévère jusqu'au

lendemain. Consultation avec les deux confrères qui avaient vu madame Replumard au neuvième mois. Le diagnostic était embarrassant; mais, considérant la rapidité de la marche du mal et l'imminence d'une terminaison funeste, n'ayant d'ailleurs aucune ressource à proposer, nous pratiquâmes sur-le-champ la gastrotomie, le 1er mai.

La malade, étendue dans un fauteuil, je me mis à sa droite, un genou en terre, mes aides convenablement placés; avec un bistouri convexe j'incisai la peau depuis trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic jusqu'au pubis.

Incision des couches sous-cutanées jusqu'au péritoine exclusivement, ce qui fut facile.

Ponction du péritoine à l'angle supérieur de la plaie; introduction du doigt, puis d'un bistouri boutonné, et division de la séreuse de bas en haut. Aussitôt issue d'au moins 30 (?) litres (1) d'un liquide transparent, jaunâtre, inodore.

Le grand épiploon et l'intestin grêle s'échappent jusque sur les cuisses de la malade; ils sont réduits et maintenus à l'aide d'une serviette enduite de cérat. On voit alors un corps arrondi, bosselé, dur au toucher, flottant dans le grand bassin, adhérent au côté droit de l'utérus, près de son fond, par un pédicule d'un demi-pouce de diamètre et de trois pouces de longueur. Ponction exploratrice; sensation analogue à celle que donnerait une incision dans du vieux lard. Il s'agissait donc d'une tumeur ovarique squirrheuse. Un des aides la saisissant à deux mains la souleva, et je portai une ligature sur le pédicule, le plus près possible de la matrice. Le fil, ramené à l'intérieur, le pédicule fut tranché d'un coup de bistouri.

Réunion de la plaie par six points de suture enchevillée; la malade replacée au lit, sur le dos, jambes et cuisses fléchies. Embrocations d'eau froide renouvelées toutes les cinq minutes; diète sévère; limonade. L'opération avait duré huit minutes (?). La tumeur pesait six livres et demie; elle était régulière, bosselée à l'extérieur; la trompe et son pavillon y adhéraient. Tissu lardacé, jaune, très-

(1) Il se serait ainsi reproduit près de 30 litres en quatre jours (?).

résistant; dans son intérieur quelques petits foyers de suppuration (?).

Le lendemain 2 mai, apyrexie; point de douleurs abdominales; légère tuméfaction autour de la plaie. Mêmes prescriptions. Le 3, état général tout aussi satisfaisant; augmentation du gonflement des lèvres de la plaie; sommeil paisible. La malade demande quelques aliments qui sont refusés. Le 4, suppuration de bonne nature; bientôt, la ligature du pédicule tombe, la plaie se cicatrise, et, le vingt-cinquième jour, l'opérée se promène dans le village avec une ceinture comme en portent les femmes enceintes. Quatre mois après, grossesse et accouchement à terme d'un garçon qui vient fort bien. Nouvelle grossesse en 1846, et nouvel accouchement heureux d'un enfant mâle (1). »

L'opération, pratiquée par M. Rigaud, a eu lieu le 23 juillet 1844 chez une femme âgée de trente-deux ans, qui présentait une quantité de sérosité assez considérable dans la cavité péritonéale, où se trouvait en même temps une tumeur ronde, globuleuse, étendue du pubis à l'ombilic, et que l'on pouvait facilement déplacer en entier.

« M. Rigaud s'arrêta à l'idée opératoire suivante : Une incision d'une petite étendue sera faite sur la ligne blanche, à partir de quelques centimètres au-dessus du pubis. Le péritoine ouvert, le doigt sera porté dans la cavité abdominale pour reconnaître si la tumeur est ou non pédiculée. Dans le premier cas, l'incision sera prolongée jusqu'à l'ombilic; dans le second, on se contentera, après avoir laissé couler le liquide de l'ascite, de ponctionner le kyste.

» Incision de 5 centimètres. Une grande quantité de liquide incolore s'échappe, en même temps qu'une membrane, en forme de poche remplie de liquide incolore, se présente entre les lèvres de la plaie. Le doigt ne pouvant passer entre la tumeur et le pubis, fait

(1) *Revue médico-chirurgicale.* Paris, 1847, t. 1, p. 359.

croire à la posssibilité d'adhérences à ce point. Il n'y a donc plus lieu de penser à l'extirpation. Le kyste multiloculaire est ponctionné ; il s'écoule par la canule un liquide incolore, filant, semblable à du blanc d'œuf.

» La canule est laissée en place ; la plaie est nettoyée et soutenue par un bandage de corps, et la malade est reportée dans son lit. Le lendemain, soif, pouls d'abord subfréquent, puis très-fréquent.

» Le troisième jour, vomissements, pouls fréquent, soif ; ventre peu douloureux.

» Le quatrième jour, pouls presque insensible, extrémités froides, ventre indolore. Mort. — *Autopsie.* Péritonite. Tumeur développée dans l'ovaire gauche, libre de toute adhérence, du poids de 4 kilogrammes environ. Le pédicule de la tumeur est long de 12 à 15 centimètres, peu épais, formé par deux lames péritonéales adossées, contenant dans leur épaisseur la trompe de Falloppe, quelques vaisseaux et le ligament rond (?). Il eût donc été possible de l'étreindre par deux ou trois ligatures. A la lame postérieure de ce pédicule adhérait, dans la fosse iliaque gauche, une anse intestinale (1). »

L'opération suivante, due à M. Vaullegeard, de Condé-sur-Noireau (Calvados), exécutée avec une habileté remarquable et avec un courage étonnant pour l'époque, dans un cas de kyste multiloculaire compliqué d'une ascite très-grave, est des plus intéressantes par ses résultats. Les circonstances se prêtaient heureusement à une réunion immédiate; l'ascite ne se reproduisit pas et la guérison survint d'une manière rapide.

« Une fille, âgée de vingt-cinq ans, s'était aperçue depuis cinq ans de l'augmentation du volume de son ventre. Menstruation d'abord irrégulière, puis supprimée. Ponctionnée la quatrième année

(1) *Gazette médicale.* Strasbourg, 1852, p. 422.

de la maladie, l'ascite donna issue à 25 litres de sérosité ascitique, et l'on constata, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur ovarique de la grosseur du poing. Les moyens nombreux et variés employés pour combattre l'ascite échouent; environ vingt jours après la première ponction, il fallut en pratiquer une seconde, et cette ponction devint bientôt nécessaire tous les dix-huit à vingt jours, et même plus tard tous les quinze jours. Pendant près de trois ans, l'état de la malade, supportable encore, n'avait pas exercé une grande influence sur le reste de l'économie; mais, depuis deux ou trois mois surtout, la tumeur qui, après chaque ponction se manifestait plus volumineuse, avait pris un développement plus rapide, en même temps qu'elle était devenue douloureuse et s'étendait de la fosse iliaque gauche à l'hypochondre droit; les forces déclinaient et l'émaciation allait en augmentant. L'exhalation séreuse était telle, que le volume du liquide obtenu par chaque ponction équivalait régulièrement à 2 litres par vingt-quatre heures. On avait pratiqué, jusqu'au moment de l'extirpation de la tumeur, 52 ponctions, chacune ayant fourni 25 à 30 litres de sérosité. Soif ardente; urine de plus en plus rare.

Le 15 septembre 1847, la malade ayant été éthérisée, M. Vaullegeard pratiqua une incision de 12 centimètres de longueur de l'ombilic vers le pubis, et, après l'évacuation d'une grande quantité de sérosité ascitique, reconnut que la tumeur dépendait de l'ovaire, qu'elle était libre d'adhérence et qu'elle offrait un pédicule de 10 à 12 centimètres de longueur. La tumeur n'ayant donné issue qu'à une petite quantité de liquide à travers une ponction faite au moyen d'un trocart, elle fut incisée et vidée à pleine main d'une partie des kystes innombrables qu'elle contenait, et put dès lors être extraite à travers l'incision de la paroi abdominale qui, néanmoins, dut être prolongée de 4 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Le pédicule ayant été entouré d'une double ligature, fut ensuite divisé. L'opération fut alors interrompue pendant vingt minutes, parce que la malade se trouvait dans un grand état de faiblesse; mais elle se remit promptement après qu'on lui eut fait prendre quelques cuillerées de vin chaud et sucré. On réunit la plaie au

moyen de deux points de suture enchevillée, et l'on disposa les ligatures du pédicule à l'angle inférieur de la plaie laissée ouverte sur une longueur d'un centimètre.

La tumeur, avec les parties qui en avaient été extraites, pesait environ 8 kilogrammes.

Dès le jour même de l'opération, la soif cesse et l'urine devient plus abondante. Il ne survient aucune réaction fébrile. La nuit est bonne et accompagnée de quelques heures d'un sommeil calme. Les jours suivants, état aussi satisfaisant; urines plus abondantes. Aucun symptôme de péritonite ni d'épanchement. Évacuations alvines régulières après le quatrième jour. Les jours suivants, amélioration du pouls, à 102. L'appareil est levé le septième jour seulement, et l'on trouve la plaie abdominale cicatrisée de la manière la plus complète et la plus régulière. La partie inférieure de la plaie laisse sortir un liquide séro-purulent, assez fétide, qui s'était accumulé autour des ligatures. La fièvre disparaît complétement et le pouls retombe à 70 pulsations. La suppuration ne tarda pas à diminuer et à être remplacée par un pus louable, peu abondant, et fétide seulement par intervalle. Le vingt-cinquième jour après l'opération, la guérison pouvait être considérée comme complète » (1).

La menstruation reparut quelques mois après l'opération, et la jeune fille recouvra une santé florissante: elle mourut cinq ans plus tard d'une fièvre miliaire (2).

Avant ma première opération d'ovariotomie (juin 1862), l'extirpation des kystes de l'ovaire était retombée dans un discrédit complet, que les malheureuses et nombreuses tentatives du professeur Nélaton auraient certainement augmenté encore depuis, ainsi qu'il en est advenu en Allemagne, à la suite des déplo-

(1) Résumé d'après le *Journal des connaissances méd.-chir.*, 1848, p. 224.

(2) Communication manuscrite de M. le docteur Vaullegeard.

rables opérations du professeur Langenbeck, de Kiwisch, etc.

Depuis le remarquable succès obtenu par M. Vaullegeard, sur huit opérations consécutives on n'a plus enregistré que des insuccès, quoiqu'elles aient été pratiquées par MM. Bach (1), Maisonneuve (2), Herrgott et Michel (3), Jobert (4), Boinet (5), Richard (6), Demarquay (7) et Sédillot (8).

« Au point où en sont les choses, a dit M. Ollier, il ne faut pas s'engager sans mûres réflexions dans une pareille entreprise. Deux insuccès récents, les opérations de MM. Richard et Demarquay, paraîtront aux indifférents, et surtout aux adversaires de l'ovariotomie, de mauvais arguments en faveur de cette opération. Un nouvel échec pourrait rejeter bien loin le triomphe des partisans de l'ovariotomie. Ils obtiendraient même plus difficilement cette attention bienveillante que le public médical leur accorde aujourd'hui. Ils risqueraient enfin de succomber encore une fois devant ces oppositions plus sentimentales que

(1) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1852, p. 424.

(2) Maisonneuve, *Des opérations applicables aux maladies de l'ovaire.* Thèse, Paris, 1850, et *Bulletins de la Soc. de chir. de Paris*, t. I, 1851, séance du 20 décembre 1848.

(3) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1859, p. 31.

(4) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 18 novembre 1856, t. XXII, p. 142.

(5) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* (Soc. de chir., 27 novembre 1861), 1861, p. 787.

(6) *Gaz. hebd.*, 1862, p. 105.

(7) *Gaz. méd. de Paris*, 1862, p. 529.

(8) Pingaud, *Des indications et contre-indications de l'ovariotomie.* Strasbourg, 1863.

rationnelles, qui se sont produites il y a six ans. Il y a donc de graves intérêts engagés dans la prochaine tentative qui se fera. Le chirurgien ne devra pas oublier qu'il y va non-seulement de la vie de la malade, mais de l'adoption ou du rejet momentané de la méthode, et, par suite, de la vie d'un grand nombre de malades pour lesquelles l'art ne peut rien aujourd'hui (1).»

Depuis, un grand nombre d'opérations ont été entreprises, mais malheureusement sans beaucoup plus de succès, surtout à Paris, où l'on n'a obtenu qu'une guérison sur environ six cas, tandis qu'en province le nombre des guérisons a été égal à la moitié des opérations entreprises, et que mes opérations ont fourni trois quarts de guérisons. Aujourd'hui, ceux qui étaient systématiquement opposés à l'ovariotomie se targuent des revers accidentels et des maladresses de quelques chirurgiens, pour condamner de nouveau l'opération, au lieu de s'en prendre aux opérateurs et aux conditions dans lesquelles se trouvaient les malades. Tel était aussi l'état des esprits en Angleterre avant 1840; mais, «dans ces derniers temps, a dit M. B. Brown, les hommes qui s'étaient le plus opposés à cette opération, comme étant à leurs yeux quelque chose de barbare et qu'on ne devrait pas permettre, en sont soudainement devenus les plus chauds partisans. Ceci m'encourage à espérer que ceux aussi qui sont encore opposés à l'opération deviendront convaincus de sa nécessité et de sa haute importance par

(1) Ollier, *De l'ovariotomie*. Paris, 1862.

les efforts des praticiens qui exécutent l'ovariotomie, et qui soumettent avec franchise et sans réserve leur entière expérience à l'appréciation des hommes de l'art (1). »

Dans l'Inde, une ovariotomie a été pratiquée avec succès en 1860 sur une femme âgée de vingt-quatre ans, des côtes de Malabar, par Mootoosawmy Moodelly, à Tanjore, dans un cas de kyste multiloculaire volumineux, ayant exigé une incision de 18 centimètres de longueur. L'opérée guérit malgré une dysenterie grave dont elle fut affectée dans le cours de la convalescence (2).

Le professeur Krassowski (de Saint-Pétersbourg) a pratiqué avec succès, en 1863, la première opération d'ovariotomie exécutée en Russie, chez une fille âgée de vingt-cinq ans, affectée d'un kyste multiloculaire, sans adhérences, au moyen d'une incision de 12 centimètres (3).

Ces opérations, pratiquées dans des conditions et dans des climats les plus variables, démontrent que le traitement des tumeurs des ovaires par l'extirpation mérite d'être pris en sérieuse considération.

Les insuccès et les opérations inconsidérées ou témérairement entreprises, ne sauraient faire rejeter un procédé opératoire, qui est un des plus beaux titres de gloire de notre époque chirurgicale.

(1) Labalbary, *Des kystes de l'ovaire*. Paris, 1862.
(2) *Medical Times and Gaz.*, 1861, t. I, p. 450.
(3) *Petersburger med. Zeitschrift*. 1863.

CHAPITRE II.

STATISTIQUE.

La statistique nous fournit les éléments pour l'appréciation de la gravité de l'ovariotomie, au point de vue de la mortalité et des principales circonstances qui ont exercé une influence sur le succès et l'insuccès de l'opération.

Quoique les données de la statistique soient souvent incomplètes, fautives ou exagérées, elles ne laissent pas d'avoir un certain intérêt, et nous permettent de juger de la valeur relative des procédés, des indications, des opérateurs, des dangers et des difficultés qui se présentent dans la pratique, telle qu'elle a été comprise jusqu'ici.

La première période de l'ovariotomie a été pleine de tâtonnements : des notions confuses, indécises, ont dirigé les opérations, et le hasard a été à peu près le dispensateur des succès. Depuis, le chiffre de la mortalité, des erreurs de diagnostic et des opérations inachevées, a diminué progressivement. Aussi les résultats des opérations pratiquées par les mêmes chirurgiens ont été variables suivant les époques. En général, la proportion des succès a augmenté, ainsi que le prouve la statistique comparée des opérations de MM. C. Clay, de B. Brown, de S. Wells.

M. Courty a fait remarquer avec justesse que ce sont les résultats obtenus dans ces derniers temps seule-

ment par des chirurgiens familiers avec les opérations d'ovariotomie « qui doivent servir de base à nos appréciations actuelles, de préférence à ceux qui sont consignés dans les relevés de Lee (1), de Fock (2), de J. Clay (3), etc., où le chiffre supérieur de la mortalité s'explique aisément par les erreurs de diagnostic et par l'imperfection relative des procédés opératoires antérieurement à ces dernières années (4). »

Si nous comparons la mortalité de l'ovariotomie avec celle des grandes opérations chirurgicales, telles que l'opération césarienne, l'opération de hernie étranglée, la ligature des gros troncs artériels, les amputations de la cuisse, du bras, la résection du genou, de la hanche, la lithotomie, etc., la statistique est complétement favorable à l'ovariotomie, telle qu'elle a été pratiquée dans ces derniers temps par quelques chirurgiens anglais, surtout par MM. C. Clay, Spencer Wells, Lane, Baker Brown, Tyler Smith, Keith, etc., et par moi-même.

L'exactitude des statistiques laisse beaucoup à désirer, et il est bien difficile d'établir exactement les chiffres ; mais il est cependant possible d'obtenir des résultats très-approximatifs. Presque tous les cas de succès ont été publiés, tandis que beaucoup d'insuccès,

(1) R. Lee, *An analysis of* 162 *cases of ovariotomy*, dans *Med. chir. Transact.*, t. XXXIV, 1851, p. 10.

(2) Fock, *Uber die operative Behandlung der Ovarien Cysten*. Berlin, 1856.

(3) J. Clay, *Chapters on diseases of the ovaries*, etc. Londres, 1860.

(4) Courty, *Excursion chir. en Angleterre*. Paris, 1863, p. 32.

surtout les opérations restées inachevées et les erreurs de diagnostic sont restées bien souvent inconnues. Néanmoins, quelques rares chirurgiens ont publié le résultat complet de leurs opérations.

Jusqu'en 1860 (1) M. S. Wells a pratiqué 20 opérations, dont 13 suivies de guérison et 7 suivies de mort. Jusqu'au 5 mars 1862 (2), 34 opérations, dont 19 guérisons et 15 morts, et qui se répartissent ainsi : 19 opérations pratiquées au Samaritan Hospital, dont 11 guérisons et 8 morts ; 15 opérations dans la pratique privée, dont 8 guérisons et 7 morts.

Au 20 décembre 1862, le chiffre total des opérations de M. S. Wells a été de 50, dont 33 guérisons et 17 morts. Enfin en septembre 1863 (3), M. S. Wells comptait 70 opérations, 48 guérisons et 22 morts.

Dans les deux dernières séries d'opérations, la mortalité a diminué considérablement : si les chiffres indiqués sont bien exacts, les opérations donneraient les résultats suivants : les 17 premières opérations, 10 guérisons et 7 morts ; les 17 opérations suivantes, 9 guérisons et 8 morts.

Soit, les 34 premières opérations, 19 guérisons et 15 morts, c'est-à-dire une proportion de succès égale à celle des revers.

Les 36 dernières opérations donneraient 29 guérisons et 7 morts, c'est-à-dire 4 succès sur 5 cas.

Ce tableau ne comprend que les opérations termi-

(1) Worms, *De l'extirpation des kystes de l'ovaire.* Paris, 1860, p. 9.

(2) *The Lancet*, 1862, vol. I, p. 303.

(3) *Excursion chirurgicale en Angleterre.* Paris, 1863, p. 30.

nées; les opérations inachevées et les erreurs de diagnostic s'élèvent environ à 12 pour 100, en prenant pour base les 56 premières opérations (1), sur lesquelles l'extirpation du kyste n'a pas été achevée trois fois, et dans trois cas, l'incision abdominale a seule été faite par suite d'adhérences trop étendues; quatre de ces malades se rétablirent, les autres succombèrent.

Au mois d'avril 1864, M. S. Wells avait pratiqué, d'après M. Herrera Vegas, 91 opérations, dont 61 avec succès (2); soit, pour les 21 dernières opérations, 13 guérisons et 8 morts.

M. Baker Brown, jusqu'au mois de mars 1862, a pratiqué 38 opérations d'ovariotomie, terminées : 19 à London surgical Home, dont 13 guérisons et 6 morts; 19 à Saint-Mary's Hospital et dans la pratique privée, dont 6 guérisons et 13 morts.

Soit 38 cas, dont 19 suivis de guérison et 19 suivis de mort.

Au mois d'août 1863, M. Courty (3) porte le nombre des cas à 42, dont 22 guérisons et 20 morts, c'est-à-dire une proportion à peu près égale de succès et de revers. Le chiffre des opérations inachevées et des erreurs de diagnostic n'est pas indiqué; mais, d'après les faits connus, il s'élève au moins à 14 pour 100.

Au mois d'avril 1864, le nombre des opéra-

(1) *The Lancet*, 27 décembre 1862.

(2) Herrera Végas, *Étude sur les kystes de l'ovaire et l'ovariotomie.* Paris, 1864, p. 85.

(3) Courty, *Excursion chir. en Angleterre.* Paris, 1864, p. 35.

tions s'élevait à 62, dont 34 succès et 28 insuccès (1).

M. C. Clay, jusqu'au mois de septembre 1863, a pratiqué 109 opérations d'ovariotomie, sur lesquelles il a obtenu 74 guérisons et 35 morts, soit 2 guérisons sur 3 cas d'opérations terminées. M. C. Clay a dû laisser l'opération inachevée 11 fois sur les 46 premiers cas cités par R. Lee (2) : sur 35 opérations terminées on comptait 24 guérisons et 11 morts.

M. Lane, sur 10 opérations terminées, pratiquées de 1843 à 1863, a obtenu 8 guérisons et n'a compté que 2 cas de mort, c'est-à-dire, 4 guérisons sur 5 cas ; mais le chiffre des opérations inachevées est très-élevé. Jusqu'en 1849 M. Lane avait fait 6 ovariotomies terminées sur lesquelles il n'y eut qu'un seul cas de mort ; mais on comptait aussi 5 opérations inachevées, dont un cas de mort. La proportion des opérations inachevées et des opérations terminées était alors à peu près égale.

M. Bird (3), en 1860, comptait 12 extirpations complètes de tumeurs ovariques, sur lesquelles il y eut 8 guérisons et 4 morts, soit 2 guérisons pour 3 cas; dans un cas d'extirpation partielle de la tumeur, la guérison fut encore obtenue. Ces résultats seraient très-remarquables si, à côté de ces 13 opérations, il n'y avait pas eu 11 tentatives d'opérations interrompues ou laissées inachevées, et sur lesquelles il y eut

(1) Herrera Vegas *cit.*

(2) *Med. chir. Transact.*, t. XXXIV, p. 19.

(3) *The Lancet*, 1860, t. II, p. 592.

13 rétablissements, 3 cas dont le résultat est resté inconnu et 2 morts.

La proportion des opérations inachevées est énorme : elle est de 18 sur 31 cas.

La proportion considérable des succès des opérations terminées par MM. Lane, Bird, s'explique aisément parce qu'elles ne comprennent que les cas simples, qui n'ont exigé en général qu'une petite incision.

M. Tyler Smith attribue aussi ses remarquables succès au soin qu'il met à opérer, surtout des cas simples ou des tumeurs d'un moyen volume (1). Le nombre des opérations pratiquées par M. Tyler Smith jusqu'en 1863 était de 17, sur lequel on comptait 14 succès et 3 décès. Le nombre des opérations inachevées et des erreurs de diagnostic est inconnu.

Au mois d'avril 1864, M. T. Smith avait pratiqué 21 opérations dont 16 avec succès et 5 suivies de mort (2).

M. Keith, sur 9 opérations pratiquées jusqu'en 1863, a obtenu 6 guérisons et n'a compté que 3 cas mortels.

Sur 12 opérations pratiquées par moi jusqu'au mois de juin 1864, j'ai obtenu des résultats encore plus favorables : 9 guérisons et 3 morts. Dans un cas, il y a eu une erreur de diagnostic suivie de mort.

En faisant l'addition des opérations de MM. C. Clay, S. Wells, B. Brown, T. Smith, Keith et des miennes, on arrive aux résultats suivants :

(1) Courty, *Excursion chir. en Angleterre*. Paris, 1863, p. 31.
(2) Herrera Vegas, *loc. cit.*

Opérations terminées, 304 cas, 200 guérisons et 104 morts, ce qui revient à 2 guérisons sur 3 cas. Il y a, de plus, lieu de tenir compte d'environ 10 pour 100 d'opérations inachevées et d'erreurs de diagnostic.

En déduisant des tableaux de statistique générale les cas précédents, on obtient des chiffres bien moins favorables ; c'est à peine si l'on compte alors 1 succès sur 2,5 cas, avec environ 30 pour 100 d'opérations inachevées et d'erreurs de diagnostic.

Les résultats généraux obtenus dans les divers pays où l'ovariotomie a été pratiquée jusqu'ici ont été très-variables.

M. R. Lee (1) a recueilli, jusqu'en 1850, les opérations d'ovariotomie qui se sont présentées dans la Grande-Bretagne. Les tableaux comprennent 162 cas. Dans 60 cas, les tumeurs ne furent pas enlevées : 19 malades succombèrent aux suites de la tentative d'extirpation. Sur 102 opérations terminées, on compte 42 cas mortels.

En France, il a été pratiqué jusqu'au mois de juin 1864, d'après les faits qui me sont connus, 54 ovariotomies : 32 opérées sont mortes et 21 ont guéri, soit un peu plus d'un tiers, ou plus exactement 1 sur 2,57. Deux des opérées, en voie de guérison, sont mortes du tétanos ; chez une autre opérée guérie, la maladie a récidivé du côté de l'ovaire opposé à celui qui a été opéré. On compte de plus trois erreurs de

(1) R. Lee, *An analysis of* 162 *cases of ovariotomy*, dans *Med. chir. Transact.* Londres, t. XXXIV, p. 10.

diagnostic, soit 6 pour 100, et une opération où il n'a été fait qu'une incision exploratrice. En déduisant mes opérations, il reste 42 cas dont 12 guérisons, ce qui revient à 1 guérison sur 4.

Sur 20 opérations pratiquées à Paris et dans les environs, on ne compte jusqu'ici que 3 succès, soit 1 guérison sur 6.

Sur 34 opérations pratiquées en province, 16 opérations ont échoué, 17 ont été suivies de guérison. La malade chez laquelle on n'a fait qu'une incision exploratrice s'est rétablie. A Strasbourg, il a été pratiqué 18 opérations, dont 12 par moi : 9 de mes opérées ont guéri; les 9 autres ont succombé. Mes collègues de Strasbourg n'ont pas été plus heureux que ceux de Paris, quoiqu'ils aient opéré dans le même milieu que moi. On ne peut donc pas plus attribuer à l'influence de l'air si incriminé de Paris qu'à l'air de Strasbourg les insuccès.

En Allemagne ainsi qu'en France, ce sont surtout les chirurgiens en grand renom des capitales qui ont été particulièrement malheureux dans leurs tentatives. D'après la statistique de M. Simon (1), les résultats généraux ont été bien plus défavorables qu'en France: sur 64 cas d'ovariotomie ou de tentatives d'ovariotomie, il y a eu 12 guérisons, 46 morts et 6 opérations inutiles ou dont le résultat est resté douteux. Sur 44 opérations terminées, il y a eu 11 guérisons. Il y eut

(1) Simon, *Zusammenstellung von 64 in Deutschland theils ausgeführten, theils versuchten Ovariotomien*, dans *Beitræge zur Geburtsk.* de v. Scanzoni, t. III. Wurtzbourg, 1858.

15 opérations qui restèrent inachevées, dont l'une fut néanmoins suivie de guérison, et 2 opérations interrompues par suite d'une erreur de diagnostic.

Quoique les statistiques américaines aient été souvent taxées d'inexactitude, on peut cependant avoir confiance dans les relevés partiels ne comprenant qu'une circonscription peu étendue, surtout si les résultats accusés ne sont point empreints d'exagération.

M. Hamilton (1) a établi, en 1859, la statistique de 51 opérations d'ovariotomie exécutées dans l'Ohio. Sur 37 opérations achevées, il y eut 21 guérisons et 16 morts; 13 opérations restèrent inachevées, soit par suite d'adhérences trop étendues ou d'erreurs de diagnostic. Ces dernières ont été relatives, 2 fois à des tumeurs épiploïques, 2 fois à des tumeurs fibreuses de la matrice, et dans un cas à une grossesse tubaire. Des 51 opérées 27 succombèrent et 24 survécurent; 16 de ces dernières vivaient encore en 1859.

M. Sawyer (2) a indiqué les résultats suivants en Californie : Sur 7 ovariotomies il y eut 6 cas de mort; dans 3 de ces cas, l'opération était restée inachevée. Il y eut de plus 3 cas d'erreurs de diagnostic : un cas de fongus hématode des reins et 2 cas de tumeurs fibreuses de la matrice.

D'après les relevés généraux de M. J. Clay (3) jusqu'en 1860, le nombre total des ovariotomies complétement achevées, exécutées jusqu'en 1860, est de

(1) *Ohio med. and surg. journ.*, nov. 1859.

(2) *Americ. Journ. of the med. sc.*, 1861, p. 46.

(3) J. Clay, *Chapters on diseases of the ovaries*. Londres, 1860.

395 cas: 212 opérations ont été suivies de guérison; dans 183 cas les opérées ont succombé.

Dans 24 cas, on ne fit qu'une extirpation partielle des tumeurs ovariques : dans 10 cas, les opérées guérirent; dans 14 cas, elles succombèrent.

Dans 13 cas, il y eut des erreurs de diagnostic, mais néanmoins les tumeurs furent enlevées.

Dans 82 cas, l'opération resta inachevée, à cause des adhérences: 58 malades se rétablirent, 24 succombèrent.

Dans 24 cas, l'opération fut interrompue tout de suite, parce que la maladie ne siégait pas dans les ovaires : 16 opérées se rétablirent.

Cette statistique générale, très-remarquable et très-importante d'ailleurs par les soins avec lesquels elle a été établie, n'est pas l'exacte expression de la vérité, car elle ne renferme pas tous les cas malheureux; mais, en admettant qu'un cinquième et même un quart de ces cas aient été omis, les résultats définitifs ne laissent pas d'être favorables à l'ovariotomie, comparée aux grandes opérations chirurgicales, surtout si l'on tient en même temps compte des époques auxquelles les ovariotomies ont été pratiquées, des circonstances spéciales, des cas particuliers, de la manière dont les indications de l'ovariotomie ont été comprises et dont l'opération a été exécutée, et enfin des progrès qui ont été réalisés depuis.

Si l'on n'opérait que des cas positivement favorables à l'ovariotomie, les résultats seraient relativement beaucoup plus satisfaisants ; mais on est porté souvent

à entreprendre l'extirpation de tumeurs dont le succès dès l'abord est douteux, mais qui paraissent cependant présenter quelques chances de guérison pour les pauvres malades, qui veulent parfois à tout prix courir les risques de l'opération.

C'est ainsi que j'ai entrepris l'extirpation des tumeurs ovariques de mes cinquième, huitième et neuvième opérées, dont l'état de santé était défavorable. Elles étaient âgées de trente-huit, quarante-cinq et quarante-trois ans, et deux d'entre elles étaient affectées de kystes cancéreux, sans que d'ailleurs l'habitus général indiquât la dégénérescence.

La huitième opérée a guéri, quoiqu'elle fût d'une santé délicate, maladive, affectée de dyspepsie; mais elle a succombé six mois après, aux suites d'un cancer de la matrice, dont elle ne présentait aucun symptôme avant l'opération.

La cinquième opérée, également d'une santé très-délicate, et affectée de dyspepsie, avait été atteinte de tuberculisation pulmonaire, dont elle était alors complétement guérie; elle succomba accidentellement à une hémorrhagie pulmonaire le quatrième jour.

La neuvième opérée, très-robuste d'ailleurs, était affectée d'asthme et d'un catarrhe pulmonaire, qui a été la cause indirecte de la péritonite à laquelle elle a succombé.

Dans 9 autres cas, l'état général des malades était satisfaisant : les unes étaient très-grasses, les autres étaient plus ou mois amaigries; elles étaient âgées de vingt et un à quarante ans. L'une d'elles a succombé

à une simple tympanite; les huit autres ont guéri et continuent à jouir d'une santé parfaite. La première opérée a accouché à terme, un an et demi après avoir été opérée, d'un garçon bien portant, du poids de 4700 grammes, que j'ai extrait par la version.

Voici d'ailleurs le tableau de mes diverses opérations dans leur ordre chronologique jusqu'en juin 1864 :

1° Vingt-quatre ans. Amaigrissement extrême. Pas de ponction. Tumeur polycystique de l'ovaire gauche à une loge prédominante, d'une grosseur moyenne, adhérente à l'épiploon. Incision de 12 centimètres de longueur. Issue de l'épiploon et de l'intestin. Écoulement d'une certaine quantité de liquide cystique dans la cavité abdominale. Pédicule de longueur moyenne, maintenu au dehors. Deux ligatures à l'épiploon. Constipation et tympanite pendant dix jours. Guérison. Grossesse à terme un an et demi après.

2° Trente-sept ans. Embonpoint prononcé. Tumeur polycystique à une loge prédominante, d'une grosseur moyenne, ponctionnée une fois. Incision de 30 centimètres de longueur. Adhérences très-étendues dans le bassin et à l'épiploon. Œdème de la paroi abdominale et des tissus sous-péritonéaux dans le bassin. Épanchement ascitique peu considérable. Écoulement d'une partie du liquide cystique dans la cavité abdominale. Deux ligatures isolées et ligature en masse de l'épiploon. Ovariotomie double. Pédicules courts laissés à l'intérieur. Pas d'accident notable. Guérison.

3° Vingt et un ans. Embonpoint assez prononcé. Tumeur polycystique de l'ovaire gauche, d'une grosseur moyenne, non ponctionnée. Incision de 20 centimètres. Adhérences très-étendues à l'épiploon, au mésentère; adhérences intimes avec l'utérus. Pas de pédicule. Ligature en masse de la base de la tumeur polycystique, dont une loge était prédominante; mortification en masse de la tumeur maintenue entre les lèvres de la plaie abdominale; péritonite les premiers jours. Pas d'accidents consécutifs; trajet fistuleux longtemps persistant. Guérison. L'ovaire du côté droit avait subi

une petite augmentation de volume; il était aussi intimement fusionné avec la matrice, par l'intermédiaire d'un tissu d'apparence cartilagineuse, très-épais : il n'a pu être extrait, mais il n'a pas augmenté de volume depuis d'une manière appréciable.

4° Vingt-quatre ans. Amaigrissement prononcé. Kyste multiloculaire de l'ovaire droit, d'une grosseur moyenne, à grande loge prédominante. Six ponctions. Adhérences peu étendues à la paroi abdominale et à l'épiploon. Incision de 25 centimètres de longueur. Ligatures. Pédicule court, de 4 centimètres de longueur, maintenu à l'extérieur. Hémorrhagies consécutives à la chute du pédicule mortifié le douzième jour. Le treizième jour, commencement de péritonite; le quatorzième jour, reproduction de l'hémorrhagie; déchirure artificielle de la cicatrice; évacuation des caillots déjà putréfiés, et ligature de l'artère ovarique. Dyspepsie et diarrhée consécutives, suivies de rétablissement rapide. Guérison.

5° Trente-huit ans. Embonpoint. Dyspepsie. Ancienne tuberculisation pulmonaire guérie. Sauté très-délicate. Kyste uniloculaire de l'ovaire droit, couvert à sa face interne de tumeurs épithéliales en partie ramollies. Incision de 12 centimètres de longueur. Adhérences très-étendues, en grande partie lâches. Pédicule très-court laissé à l'intérieur de la cavité abdominale, mais communiquant librement au dehors. Pas d'accidents consécutifs sérieux, si ce n'est une pelvi-péritonite peu grave. Mort au commencement du quatrième jour d'hémorrhagie pulmonaire.

6° Trente ans. Embonpoint ordinaire. Tumeur fibreuse de la matrice du poids de 7 kilogrammes, dont le diagnostic était resté indécis. Incision de 26 centimètres de longueur. Extirpation de la tumeur fibreuse, des deux ovaires et de la partie sus-vaginale de la matrice. Deux ligatures en masse de vaisseaux de l'épiploon qui était adhérent à la tumeur. Col de la matrice et ligaments larges compris entre deux ligatures communiquant librement au dehors. Aucun accident consécutif local notable, si ce n'est un abcès phlegmoneux dans le tissu cellulaire sous-cutané, le huitième jour. Bronchite grave les premiers jours. Guérison.

7° Trente ans. Amaigrissement extrême. Kyste uniloculaire d'un

volume considérable de l'ovaire gauche ; commencement de dégénérescence kystique de l'ovaire droit. Pas de ponction. Incision de 12 centimètres de longueur. Pédicule de l'ovaire gauche, d'une longueur moyenne, de 5 centimètres de longueur. Écoulement d'une petite quantité de liquide cystique dans la cavité abdominale. Ovariotomie double. Pédicule de l'ovaire gauche très-court : l'un et l'autre pédicules attirés vers l'extérieur. Pas d'accidents consécutifs notables, si ce n'est le développement progressif d'une tympanite intestinale, consécutive à un défaut d'éructation et d'excrétion des gaz intestinaux, résultant d'obstacles mécaniques. Mort à la fin du septième jour de tympanite intestinale.

8° Quarante-cinq ans. Embonpoint médiocre. Constitution très-affaiblie. Fonctions digestives embarrassées. Tumeur polycystique très-friable de l'ovaire gauche. Ovaire droit également dégénéré et friable. Incision de 12 centimètres de longueur. Adhérences à l'intestin grêle dans le cul-de-sac recto-vaginal et à la matrice hypertrophiée, triplée de volume, mais sans altération de structure appréciable. Ovariotomie double. Pédicules courts, laissés à l'intérieur de la cavité pelvienne, communiquant librement au dehors. Guérison rapide ; mais la cicatrice est restée fistuleuse à l'angle inférieur pendant quatre mois. L'opérée a succombé au bout de six mois aux suites d'un cancer de la matrice.

9° Quarante-trois ans. Embonpoint ordinaire. Très-forte constitution. Catarrhe pulmonaire ; accès d'asthme. Tumeurs polycystiques des deux ovaires, chacun à loge prédominante. Pas de ponction. L'ovaire droit remplissait complétement l'excavation pelvienne. Hydropisie de la trompe gauche, du calibre de l'intestin grêle. Épanchement ascitique peu abondant. Incision de 18 centimètres de longueur. Adhérences multipliées, étendues, intimes avec l'intestin grêle, l'appendice vermiculaire, l'épiploon, l'excavation pelvienne, la matrice. Une ligature en masse de l'épiploon et ligature à l'intestin. Tumeurs épithéliales très-nombreuses à la surface interne et à la surface externe des kystes. Pédicules courts, laissés dans la cavité abdominale avec communication libre au dehors. Pas d'accidents pendant trois jours ; accumulation progressive de mucosités

bronchiques. Indocilité de la malade. Péritonite. Mort le quatrième jour.

10° Trente-quatre ans. Embonpoint ordinaire. Santé bonne. Kyste uniloculaire de grosseur moyenne avec des tumeurs épithéliales internes. Une ponction. Incision de 16 centimètres de longueur. Adhérences à la paroi abdominale et à l'épiploon. Hémorrhagie insignifiante. Pédicule court attiré contre la paroi abdominale. Pas d'accident consécutif notable. Cicatrisation complète au bout de trois semaines. Guérison.

11° Trente et un ans. Embonpoint extrême. Santé bonne. Incision de 18 centimètres de longueur environ. Kyste uniloculaire de petite dimension, avec des tumeurs épithéliales internes très-développées. Adhérence intime à une anse d'intestin. Pédicule court attiré contre la paroi abdominale. Crampes utérines très-violentes après l'opération. Chloroformisation prolongée pendant plusieurs heures. Pas d'accidents consécutifs notables. Guérison rapide.

12° Quarante ans. Amaigrissement prononcé. Santé bonne. Kyste multiloculaire à grande loge prédominante, de grosseur moyenne, ponctionnée une fois. Incision de 9 centimètres de longueur. Absence d'adhérences. Pédicule de longueur moyenne maintenu à l'extérieur. Pas d'accidents consécutifs. Guérison très-rapide.

Les causes de mort varient suivant les procédés opératoires. L'hémorrhagie a été plus fréquente dans les cas où les ligatures ont été appliquées d'une manière défectueuse, et dans les cas où la séparation des adhérences vasculaires a été effectuée de vive force avec la main et où les vaisseaux n'ont pas été liés. La pyohémie, l'infection putride et la péritonite ont été plus fréquentes dans les cas où les parties mortifiées des ligatures sont restées intra-péritonéales; dans les cas compliqués d'ascite, lorsqu'il y a eu un épanchement de liquide cystique altéré lors de l'opération;

lorsque les soins de propreté ont été insuffisants lors de l'opération ; lorsque les pansements ont été mal faits et la cicatrisation mal dirigée. La mort par épuisement, par affaissement nerveux, la mort consécutive au choc de l'opération, ont surtout été observées chez les malades très-affaiblies.

Outre ces causes de mort qui sont les plus communes, on a vu survenir la mort à la suite d'inanition, de congestion cérébrale, de congestion pulmonaire, de pneumonie, de hernie étranglée, de gangrène de l'intestin, d'abcès consécutifs à des ligatures perdues, ou bien à une occlusion trop prompte de la plaie, d'érysipèle, de tétanos, d'hémorrhagie consécutive, de tympanite intestinale, de rupture de l'estomac, d'étranglement interne, de l'issue des intestins, d'ulcération et d'ouverture de la vessie; enfin, à la suite de maladies méconnues au moment de l'opération.

La mort des opérées qui ont succombé aux suites immédiates de l'opération est survenue le plus souvent du troisième au quatrième jour : ce sont presque toujours alors des cas de péritonite et d'infection putride. La péritonite survient quelquefois très-rapidement et enlève les malades au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, surtout lorsqu'il y a eu de l'ascite, ou lorsqu'il est survenu une hémorrhagie.

Après le quatrième, le cinquième, le sixième jour, la mortalité diminue dans une forte proportion ; les opérées qui succombent ultérieurement meurent en général à la suite d'une complication survenue dans le cours de la cicatrisation.

Les ponctions palliatives et même les ponctions avec une injection iodée, ne paraissent pas avoir influé sur la proportion des succès. Cela paraît s'expliquer ainsi : les ponctions et les injections iodées suivies de péritonite gravo, sont le plus souvent mortelles ; lorsqu'il n'en résulte aucun accident, ou simplement une péritonite locale ou un épanchement de sang peu considérable, elles ne déterminent aucune adhérence ou seulement, en général, des adhérences peu étendues avec la paroi abdominale, ce qui ne peut pas être considéré comme une circonstance très-défavorable pour le succès de l'extirpation des kystes.

Les tumeurs dépourvues d'adhérences ou qui n'ont offert que des adhérences faibles ou peu étendues, ont donné lieu à une plus forte proportion de guérisons. D'après la statistique d'Hamilton, les trois quarts des opérées qui se trouvaient dans ces conditions ont guéri, tandis que les quatre cinquièmes de celles dont les tumeurs présentaient des adhérences étendues ont succombé. D'après M. J. Clay, les cas dans lesquels il n'existait aucune adhérence ont donné 70 pour 100 de guérisons ; ceux qui ont présenté des adhérences légères ont donné 60 pour 100 de guérisons ; ceux qui ont offert des adhérences étendues n'ont fourni que 50 pour 100 de guérisons ; enfin, les cas qui ont nécessité des ligatures n'ont guéri que dans la proportion de 30 pour 100.

Les opérations, dans lesquelles on n'a eu recours qu'à des incisions de peu d'étendue, ont mieux réussi que celles dans lesquelles on a dû faire de longues

incisions, lorsque les tumeurs étaient formées par des kystes uniloculaires sans adhérences. Les longues incisions, au contraire, ont donné une bien plus grande proportion de succès que les courtes incisions, lorsqu'il existait des adhérences et lorsque les kystes étaient multiloculaires.

On a opéré avec succès des malades âgées depuis seize ans à soixante-huit ans. La proportion des succès a été plus grande chez les femmes au-dessous de trente-cinq ans. A un âge plus avancé, les tumeurs ovariques sont souvent cancéreuses, et les malades affaiblies résistent alors moins facilement au choc de l'opération, à la péritonite, à l'hémorrhagie. MM. C. Clay, S. Wells ont cru remarquer que les malades qui ont déjà subi un commencement de dépérissement guérissaient plus facilement; mais, toutes choses égales d'ailleurs, les opérées dont la constitution était forte et qui n'ont pas été affaiblies, ont mieux supporté les suites des opérations qui ont été compliquées.

Le volume des tumeurs extirpées a été très-variable : les petites ont pesé 2 kilogrammes et demi, les plus grosses 65 kilogrammes avec leur contenu.

Les tumeurs d'un petit volume et celles qui sont arrivées à un développement extrême, surtout les kystes multiloculaires, ont donné des résultats moins favorables que les tumeurs d'une grosseur moyenne.

Les dispositions prises à l'égard du pédicule de la tumeur ont influé d'une manière marquée sur le succès de l'opération. Lorsque le pédicule a pu être maintenu au dehors, la cicatrisation immédiate a été

obtenue lorsque, du reste, il n'y a pas eu de ligatures de vaisseaux dans les adhérences ; la péritonite est alors très-rare. La péritonite a surtout été observée dans le cas où le pédicule est resté à l'intérieur ; cependant, en faisant des ligatures perdues et en laissant le pédicule dans la cavité abdominale, avec réunion immédiate à la manière de M. Tyler Smith, des succès très-remarquables ont été obtenus.

L'emploi du perchlorure de fer, comme agent momificateur des parties des ligatures destinées à se mortifier et à se putréfier, et comme agent hémostatique, paraît également avoir eu une influence favorable sur le succès de quelques opérations pratiquées dans ces derniers temps.

La statistique des erreurs de diagnostic est bien difficile à établir, parce qu'un grand nombre de cas est resté inconnu. On peut en estimer le chiffre au moins à 10 pour 100 des opérations entreprises. Lorsque les caractères de la tumeur sont bien décidés, le diagnostic est ordinairement facile ; mais lorsque les symptômes sont douteux, le diagnostic peut offrir les plus grandes difficultés.

Les chirurgiens les plus familiers avec l'exploration des tumeurs abdominales ont été sujets à se tromper.

Les affections avec lesquelles les tumeurs ovariques ont été confondues sont de diverses sortes ; mais ce sont surtout les tumeurs fibreuses de la matrice qui ont le plus souvent induit en erreur. Dans 45 cas qui me sont connus, pareille erreur a été commise. Dans plusieurs cas, il y eut grossesse simple, grossesse tu-

baire ou extra-utérine, grossesse compliquée de kyste de l'ovaire, grossesse compliquée de tumeur fibreuse de la matrice. On a même entrepris, à plusieurs reprises, des ovariotomies lorsqu'il n'existait aucune tumeur, dans des cas de tympanite, d'ascite. Enfin, on a cru procéder à des opérations d'ovariotomie dans des cas de tumeurs du mésentère, de l'épiploon, d'hypertrophie de la rate, de fongus hématode des reins, de kystes séreux et purulents des ligaments larges, de kystes pileux, des tumeurs cancéreuses des os et des organes pelviens.

Les opérations interrompues ou restées inachevées par suite d'adhérences, ont été bien plus nombreuses jadis. Depuis que la pratique de l'ovariotomie est devenue plus hardie, elles deviennent de plus en plus rares chez les chirurgiens familiers avec cette opération.

Quelques chirurgiens américains et anglais ont vraiment abusé des incisions exploratrices. Cependant, si l'on s'en rapporte aux statistiques, en admettant que le plus grand nombre des cas ait été publié, la mortalité consécutive à ces incisions n'est pas très-considérable : les trois quarts des malades paraissent s'être rétablies, d'après les relevés de M. J. Clay. En admettant que ces cas aient été vraiment défavorables à l'extirpation, un bien plus grand nombre de malades auraient succombé si l'on avait passé outre.

La durée du traitement consécutif aux opérations d'ovariotomie ne s'est pas prolongée, en général, au delà d'un mois, lorsqu'il n'est survenu aucune com-

plication grave. Les malades peuvent ordinairement rester levées, sans inconvénient, au bout de trois semaines.

Lorsque le pédicule de la tumeur a été suffisamment serré, il se détache au dixième, quinzième ou vingtième jour; dans le cas contraire, il ne se mortifie pas, et les ligatures peuvent persister plusieurs mois. Les ligatures jetées sur les vaisseaux des adhérences se détachent du cinquième au vingtième jour; quelquefois plus tard, lorsqu'elles sont incomplétement serrées, ou qu'elles comprennent des tissus fibreux ou aponévrotiques.

CHAPITRE III.

OBJECTIONS CONTRE L'OVARIOTOMIE.

Les objections que l'on a faites contre l'extirpation des tumeurs ovariques sont de diverses sortes.

A. On a dit que c'était une opération barbare, effroyable, inhumaine.

— Cette objection ne laissait pas que d'être très-spécieuse avant 1846, époque de la découverte par Jackson des merveilleuses propriétés anesthésiques de l'éther, bientôt remplacé, en 1847, par le chloroforme. Jusque-là les pauvres malades étaient obligées d'assister vivantes en quelque sorte à leur autopsie, et l'on comprend aisément tout ce qu'une pareille situation présentait de cruel et exigeait de résolution dans le cours d'une opération souvent si longue et si difficile. La chloroformisation de la malade, en anéantis-

sant passagèrement la faculté de sentir, la conscience de soi et la perception des objets qui nous entourent, fait rentrer l'ovariotomie dans le cas des opérations ordinaires.

B. L'extirpation des tumeurs abdominales (tumeurs des ovaires, tumeurs fibreuses de la matrice, etc.) a été condamnée, repoussée, déclarée impraticable ou trop dangereuse par des chirurgiens célèbres.

— Ce qui prouve le peu de fondement de cette objection, c'est que l'ovariotomie, l'extirpation des tumeurs fibreuses interstitielles et sous-péritonéales de la matrice, etc., ont été déjà pratiquées un très-grand nombre de fois, avec des résultats de plus en plus favorables et encourageants.

Les ovariotomistes sont déjà parvenus à triompher en Angleterre, à la suite des remarquables résultats obtenus par MM. C. Clay, S. Wells, B. Brown, Walne, Bird, Lane, Keith, T. Smith, après nombre d'années de lutte contre les préventions et le découragement provenant des opérateurs malheureux dans leurs tentatives.

C'est surtout depuis 1859 que l'ovariotomie a été activement pratiquée en Angleterre. M. S. Wells n'a commencé ses opérations qu'en 1858; M. T. Smith ne s'est engagé dans le camp des ovariotomistes qu'en 1860, après avoir été pendant vingt ans l'adversaire de l'ovariotomie. D'un autre côté, M. Simpson (1),

(1) Simpson, *The obstet. mem. and contribut.* Edimbourg, 1855, t. I, p. 263.

quoiqu'il n'ait pratiqué pour la première fois l'extirpation d'une tumeur ovarique qu'en 1863, s'était déclaré partisan de l'opération dès 1846.

En France, les préventions qui existaient contre les témérités de la chirurgie américaine étaient si grandes qu'elles nous avaient rendus incrédules aux statistiques, lorsque déjà des chirurgiens considérables de Londres et de Manchester étaient arrivés à faire admettre l'ovariotomie au nombre des opérations courantes. Cependant, en 1861, le professeur Nélaton, dont l'opinion avait été jusqu'alors défavorable à l'ovariotomie, concluait, au retour de son voyage à Londres, qu'il y avait lieu d'encourager au lieu de blâmer les chirurgiens disposés à pratiquer l'ovariotomie quand ils le jugeraient nécessaire. Malheureusement, les insuccès de ce célèbre chirurgien, et ceux d'autres chirurgiens de Paris ne tardèrent pas à faire retomber momentanément l'opération dans la défaveur.

De même en Allemagne, la pratique de l'ovariotomie, longtemps repoussée, irrésolue dans son essor, puis encouragée par les paroles et par l'exemple de v. Kiwisch, retomba dans un complet discrédit, à la suite des tentatives malheureuses des chirurgiens allemands.

M. v. Scanzoni «considère cette opération comme une témérité chirurgicale. Lors même que les statistiques que l'on a publiées constatent un nombre assez considérable de guérisons, et démontrent ainsi que l'issue de l'opération n'est pas nécessairement mor-

telle, l'éminent gynécologiste ne peut cependant pas se prononcer en faveur d'une méthode qui a enlevé à un Langenbeck cinq malades sur six, et à Kiwisch quatre sur cinq. Si des opérateurs si distingués que ceux qui viennent d'être nommés doivent publier des résultats si défavorables, comment des chirurgiens moins habiles pourraient-ils ne pas perdre courage (1)?»

Ces arguments ont une apparence de vérité, mais ils n'engagent pas l'avenir. Des circonstances particulières n'ont-elles pas influé sur les résultats? Les indications ont-elles été comprises de la même manière par des chirurgiens plus heureux? Ne faut-il pas rechercher dans les indications et dans les circonstances particulières de l'opération, du traitement consécutif, l'explication des succès et des revers, au lieu d'attribuer au hasard, ainsi que beaucoup le supposent, le secret de la réussite? Quoi qu'il en soit, il y a lieu d'espérer que l'extirpation des tumeurs abdominales sera reprise en Allemagne dans des conditions meilleures, et qu'elle finira par s'acclimater en France ainsi que partout ailleurs.

C. On a émis l'idée que le succès qu'obtiennent en Angleterre les grandes opérations est une question de race, et que les Anglais sont plus réfractaires aux accidents qui les suivent, par une sorte de privilége physiologique. On a été jusqu'à prétendre « que les

(1) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, trad. franç. Paris, 1858, p. 406.

Anglais opérés en France guériraient avec le même bonheur que chez eux, et que les Français opérés en Angleterre trouveraient les mêmes funestes accidents, qui viennent compromettre pour nous et anéantir le succès des opérations les mieux conduites (1). »

— Les succès obtenus en France, en province, dans ces derniers temps, réfutent suffisamment ces assertions malencontreuses. Sur 26 opérations qui ont été pratiquées en province, depuis 1860, il y a eu 10 cas de mort dont plusieurs sont restés inédits, et 15 guérisons, c'est-à-dire une proportion de succès plus forte que celle qui a été obtenue par la moyenne des chirurgiens anglais, tandis que sur 16 ou 17 opérations pratiquées à Paris et dans les environs, on ne compte que 3 succès. Ces chiffres sont, je pense, suffisamment convaincants. Malheureusement, les insuccès si déplorables des chirurgiens de Paris discréditent l'opération, et renouvellent les anciennes préventions contre l'ovariotomie, dans l'esprit du public et de beaucoup de médecins, qui ne se rendent pas exactement compte des conditions dans lesquelles les opérations ont été pratiquées.

D. Envisagée à un point de vue général, l'ovariotomie a offert jusqu'ici une mortalité considérable.

— La mortalité dans l'ovariotomie n'est pas inhérente à l'opération en elle-même, lorsqu'elle est pratiquée dans des conditions convenables, elle est en

(1) Chauffard, *Considérations touchant l'influence des races sur le résultat des opérations chirurgicales*, dans *Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 1863, p. 714.

général le fait des opérateurs et des circonstances dans lesquelles elle a été entreprise et pratiquée.

Indépendamment des opérations malheureuses pratiquées par des chirurgiens renommés, et dont les malades ont succombé par suite de circonstances indépendantes du plus ou moins d'habileté avec laquelle elles ont été faites, un grand nombre ont été entreprises par des opérateurs téméraires, inexpérimentés ou même ineptes. La pratique de l'ovariotomie, si formidable dans certains cas, réclame, de la part du chirurgien qui veut s'y appliquer, des qualités que l'on rencontre rarement. Bien des médecins, séduits par la facilité de certaines opérations, ou émerveillés par les suites parfois insignifiantes d'opérations très-graves, ont opéré d'une manière irréfléchie et sont tombés sur des cas difficiles, sans avoir d'abord mesuré

..... quid ferre recusent,
Quid valeant humeri.

On a rendu l'ovariotomie, l'extirpation de l'utérus et des tumeurs fibreuses, justiciables d'opérateurs hasardeux, d'opérations contre-indiquées, ou de procédés périlleux inapplicables à l'extirpation des tumeurs ovariques et utérines. C'est ainsi, par exemple, que M. Heyfelder, chirurgien des plus distingués, a perdu trois opérées par des hémorrhagies consécutives, parce qu'il s'était contenté de faire la torsion des artères. Quantité d'opérées sont mortes par défaut de soins consécutifs bien entendus, ou par suite de pro-

cédés opératoires vicieux. D'autres enfin sont mortes de faiblesse extrême, dans des circonstances où l'ovariotomie était formellement contre-indiquée, ou bien où elle était pratiquée en quelque sorte *in extremis*, et quand les malades n'ont pu résister au traumatisme. Aussi, retournant l'argument et prenant en considération, non la statistique générale, mais les résultats obtenus par les hommes dont le génie chirurgical est parvenu, après une longue lutte et bien des tâtonnements, il est vrai, à faire triompher de la répulsion que l'on éprouvait jusqu'alors pour l'extirpation des tumeurs abdominales, on ne peut s'empêcher de dire avec M. Fergusson (1), revenu de ses préventions : que cette opération est non-seulement justiciable, mais que, dans les cas heureusement choisis, elle est, en réalité, admirable.

D'après la statistique générale, on a obtenu une guérison sur 2 cas, soit environ 58 guérisons pour 100 cas, tandis que, d'après la statistique des chirurgiens anglais, qui ont fait le plus d'ovariotomies, tels que MM. C. Clay, S. Wells, etc., on a obtenu 2 guérisons sur 3 cas, soit le premier, 68 pour 100, le deuxième, 67 pour 100; et même, en France, j'ai obtenu 3 guérisons sur 4 cas, soit 75 pour 100.

E. Une objection plus grave, que l'on a élevée contre l'ovariotomie, c'est l'incertitude et les difficultés du diagnostic.

— Les relevés statistiques constatent, en effet,

(1) Fergusson, *A system of practical surgery*. Londres, 1857, p. 792.

qu'on a commis des erreurs de diagnostic graves, et qu'un grand nombre d'opérations ont été laissées inachevées, par suite d'adhérences trop solides ou trop étendues, que des opérateurs le plus souvent timorés, inhabiles et inexpérimentés n'ont pas cru pouvoir surmonter, ou auxquelles ils ne s'attendaient point.

M. R. Lee (1), en faisant le recensement de 162 cas d'ovariotomie, pratiqués dans la Grande-Bretagne jusqu'en 1850, démontra que dans 60 cas, dont 19 ont été mortels, la tumeur n'a pas été enlevée.

D'après M. Sawyer (2), sur 10 cas d'opérations d'ovariotomie tentées ou pratiquées en Californie jusqu'en 1860, 7 se rapportaient à des tumeurs de l'ovaire, 6 devinrent mortelles : l'opération, dans 3 de ces cas, fut interrompue et resta inachevée par suite de complications inattendues. Dans 3 cas, il y eut des erreurs de diagnostic.

D'après M. Hamilton (3), sur 51 cas d'opérations d'ovariotomie entreprises en Ohio jusqu'en 1859, 21 opérées se rétablirent après l'extirpation de la tumeur. Dans 3 cas, l'opération fut tout de suite interrompue par suite d'adhérences trop compliquées; les trois opérées se rétablirent. Dans 5 cas, il y eut des erreurs de diagnostic.

(1) R. Lee, *An analysis of* 162 *cases of ovariotomy wich have occured in Great Britain*, dans *Med. chir. Transact.*, t. XXXIV, p. 10. Londres, 1851.

(2) *Americ. Journ. of the med. sc.*, 1860, p. 46.

(3) *Ohio med. and surg. Journ.*, nov. 1859.

Sur 64 opérations tentées ou exécutées en Allemagne jusqu'en 1858, d'après M. Simon (1), 15 opérations sont restées inachevées, et il y eut une erreur de diagnostic dans 2 cas. On a obtenu 12 guérisons parfaites.

Sur 56 opérations pratiquées ou tentées par M. S. Wells (2), l'extirpation du kyste a été commencée, mais non achevée, 3 fois, et 3 fois l'incision abdominale seule a été faite, par suite d'adhérences trop étendues; 4 de ces malades se rétablirent; les 2 autres succombèrent aux suites immédiates de l'opération. Dans 3 cas suivis de mort, il y eut une erreur de diagnostic. Sur 50 cas d'opérations achevées, il y eut 33 guérisons et 17 morts.

M. C. Clay (3) a dû laisser l'opération inachevée 10 fois sur 103 cas; sur 93 cas 64 femmes ont été guéries, 29 sont mortes. Le nombre des erreurs de diagnostic est de 2.

M. B. Brown paraît avoir commis environ 10 pour 100 d'erreurs de diagnostic, et a obtenu une proportion à peu près égale de succès et de revers. L'opération a dû rester inachevée 1 fois sur 20 (4).

Moi-même j'ai commis une erreur de diagnostic. Sur 12 extirpations d'ovaires, il y a eu 3 morts et 9 guérisons (juin 1864).

Enfin, d'après la statistique générale de M. J.

(1) *Beitræge zur Geburtsk.* de v. Scanzoni, t. III, Wurtzbourg, 1858.

(2) *The Lancet*, 20 décembre 1862.

(3) Worms, *De l'extirpation des kystes de l'ovaire*. Paris, 1860, p. 38.

(4) Id., *loc. cit.*

Clay (1), jusqu'en 1860, 395 opérations ont été terminées complétement. Dans 25 cas, on ne pratiqua qu'une extirpation partielle, mortelle 14 fois. Dans 82 cas, l'opération dut être interrompue et laissée inachevée, à cause des adhérences ; par suite, 24 opérées succombèrent. Dans 24 cas, l'opération fut tout de suite interrompue et abandonnée, soit parce qu'il n'existait pas de tumeur, soit parce que les tumeurs n'étaient pas ovariques : 16 de ces opérées se rétablirent. Enfin, toujours d'après la statistique de M. J. Clay, dans 13 cas, où il y eut des erreurs de diagnostic, 3 opérées échappèrent aux suites de l'opération. Cette dernière catégorie de cas est bien au-dessous de la vérité ; car, rien que pour les erreurs de diagnostic, dans lesquelles des tumeurs fibreuses de la matrice ont été prises pour des tumeurs ovariques, le nombre des opérations est de 44 environ, d'après mes relevés jusqu'en 1864, sur lesquelles 31 purent être terminées, et 13 restèrent inachevées : 25 opérées ont succombé. Cette sombre statistique, qui nous indique que sur un chiffre de 600 cas d'opérations entreprises dans l'intention d'extirper des tumeurs ovariques, 400 opérations, les deux tiers seulement, purent être terminées, et que, dans près de 200 cas, l'opération ne put être achevée, ou bien a été entreprise par suite d'erreurs de diagnostic, serait loin d'être encourageante, surtout si, en déduisant des opérations terminées la moitié des cas devenus

(1) J. Clay, *Chapters on diseases on the ovaries, translated from Kiwisch's clinical lectures, with notes and an appendix on the operation of Ovariotomy.* Londres, 1860.

mortels, on trouve que sur 3 opérations entreprises, on a obtenu 1 guérison, 1 mort et 1 insuccès, le plus souvent également mortel !

Si l'on défalque des chiffres précédents de la statistique de M. J. Clay, les opérations de MM. C. Clay et S. Wells, à cette époque, il reste 125 guérisons, 160 morts et 185 opérations inachevées et erreurs de diagnostic, soit, pour 100 cas : 31 guérisons, 33 morts et 36 erreurs de diagnostic et opérations inachevées !

S'il fallait s'en rapporter à cette statistique, ce serait à désespérer de l'avenir de l'ovariotomie.

De grands progrès ont été réalisés depuis le commencement de ce siècle, sous le rapport du diagnostic des tumeurs abdominales. L'application de la percussion, de l'auscultation, de la sonde utérine, etc., des notions plus exactes, l'expérience acquise, tendent à rendre les erreurs moins fréquentes, en même temps qu'une pratique plus hardie tend à restreindre le nombre des opérations laissées inachevées ou interrompues, surtout entre les mains des chirurgiens capables.

D'ailleurs, M. S. Wells a fait observer avec raison, que des erreurs qui sont le fait des opérateurs ne sauraient faire condamner des opérations; qu'on n'abandonne pas la taille parce qu'on a ouvert des vessies qui ne contenaient pas de calculs; qu'on ne rejette pas les ligatures des artères pour des anévrysmes, parce qu'on a lié des artères non anévrysmatiques, etc.

F. On a reproché aux statistiques d'être inexactes. On publie des succès, on passe sous silence les cas malheureux.

— Sans doute, les grandes statistiques ne sont jamais irréprochables, et l'on est en droit de forcer, ainsi que je l'ai fait pour la statistique de M. J. Clay, la proportion des insuccès; mais cette statistique, fût-elle complète, ne peut pas nous donner une idée exacte de la gravité de l'opération, précisément parce qu'elle porte sur tous les cas, à toutes les époques et dans tous les pays, sans tenir compte d'aucune circonstance. L'opération césarienne, qui n'a jamais réussi à Paris dans nombre de cas, l'ovariotomie, qui n'y a réussi qu'une seule fois sur 6, ne doivent pas pour cela être condamnées sans retour. Les résultats défavorables de la statistique d'une localité, les insuccès d'un opérateur donné, tiennent souvent à des circonstances particulières, qui doivent être prises en considération. Pour apprécier la valeur et la gravité d'une opération, il faut tenir compte de toutes les circonstances dans lesquelles elle est pratiquée, du milieu, de la malade et de l'opérateur. En procédant ainsi, l'analyse critique d'une série de cas bien observés sera plus instructive que les statistiques les plus pompeuses ou les plus défavorables.

G. Enfin, une dernière objection, c'est que des femmes affectées de kystes ovariques peuvent vivre longtemps, en ne recourant qu'au traitement palliatif.

— S'il est incontestable que des femmes affectées de kyste ovarique ont vécu longtemps encore, cinq, dix, vingt ans et plus, en n'ayant recours qu'à des ponctions, il n'est pas moins certain que ce sont-là des exceptions rares. On cite de femmes qui ont été ponc-

tionnées 20, 100, 200 fois. Mais, en résumant les statistiques de M. R. Lee (46 cas), de Kiwisch (64 cas), de M. Southam (20 cas), on trouve que sur 100 femmes ponctionnées palliativement, 54 pour 100 sont mortes un an après la première ponction, et parmi celles-ci un cinquième, ou 10 pour 100 d'entre elles, dans les premières vingt-quatre heures; 17 pour 100 ont succombé l'année suivante; 8 pour 100 dans le courant de la troisième année, et 10 pour 100 dans un espace de temps variable de quatre à sept ans; 2 pour 100 furent guéries; les autres malades (11 p. 100), ne purent être suivies ou succombèrent à des maladies intercurrentes.

Dans les statistiques, les femmes qui ont vécu longtemps avec des kystes de l'ovaire figurent dans une proportion beaucoup trop considérable, parce qu'on a publié presque tous les cas à titre de curiosités, de faits remarquables, tandis que le chiffre déjà si grand de celles qui ont succombé tout de suite, dès la première ponction, est de beaucoup inférieur.

D'ailleurs, les kystes multiloculaires à petites loges, et les tumeurs solides ne se prêtent pas aux ponctions, et ne peuvent être traités que par l'extirpation.

D'après M. R. Lee, sur 100 malades affectées de kystes de l'ovaire, et traitées seulement par des moyens médicaux, 26 vivent un an; 19, deux ans; 13, trois ans; 8, quatre ans; 23, cinq ans. La moitié des malades succombe dans un espace de deux ans, à partir du moment où les tumeurs ont acquis un volume appréciable.

Ces chiffres, comparés aux résultats les plus défavorables des statistiques de l'ovariotomie, justifient suffisamment le traitement par l'extirpation : car les injections iodées ne sont applicables qu'à un petit nombre de cas, ne sont pas sans danger grave, et ne mettent pas à l'abri d'une récidive, lorsque les kystes ne sont pas uniloculaires, ce qui est bien rare.

D'un autre côté, ne pratique-t-on pas des amputations, des résections, des ligatures d'artères, au moins aussi dangereuses, des extirpations de tumeurs cancéreuses, le plus souvent inutiles, chez des malades dont la vie n'était pas en danger immédiat, et qui pourraient vivre longtemps encore ?

En temporisant chez les jeunes malades, on arrive aux résultats suivants :

Un certain nombre d'entre elles succombent aux premières ponctions; chez d'autres, il survient des circonstances défavorables, qui rendent l'extirpation des tumeurs ovariques chanceuse ou impraticable, soit par le volume exagéré de la tumeur, soit par l'amaigrissement, l'affaiblissement extrême de la malade.

Chez d'autres malades surviennent des complications qui aggravent leur état et rendent également l'opération plus chanceuse ou impraticable. Telles sont les adhérences étendues consécutives à la péritonite, l'ascite.

Chez un petit nombre de malades, les circonstances restent favorables, même à la suite de ponctions répétées.

La temporisation doit être la règle chez les personnes

âgées de plus de trente-cinq à quarante ans, surtout si les tumeurs prennent un accroissement rapide et que leur contenu n'est pas limpide : ce sont ordinairement des cas de tumeurs cancéreuses, dans lesquels la ponction palliative seule doit être prise en considération.

CHAPITRE IV.

ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'OVARIOTOMIE.

Nous pouvons résumer ainsi qu'il suit les arguments en faveur de l'ovariotomie.

A. Les tumeurs solides et les kystes multiloculaires de l'ovaire sont incurables par tout autre moyen que l'extirpation, et sont nécessairement mortels dans un temps variable, mais en général très-court, surtout avant la ménopause. L'ovariotomie a pour effet, dans un grand nombre de cas, de rendre la santé et de prolonger indéfiniment les jours chez des malades dont l'existence était misérable ou presque éteinte, ou dont les jours étaient comptés.

B. Les ponctions simples des kystes uniloculaires sont simplement palliatives : elles produisent un soulagement momentané, mais elles amènent un dépérissement rapide, sauf quelques exceptions très-rares; elles sont aussi dangereuses que l'ovariotomie par l'hémorrhagie interne, et par la péritonite qu'elles occasionnent souvent. La mortalité, occasionnée par les ponctions simples, est au moins aussi fréquente que celle que l'on observe dans l'ovariotomie pratiquée convenablement.

C. Les injections iodées ne sont applicables qu'aux kystes uniloculaires contenant un liquide séreux, incolore. Ce sont des cas très-rares : la majeure partie des kystes dits uniloculaires présentent des parties annexes, multiloculaires, qui se développent consécutivement, et qui tendent à reproduire la maladie. L'extirpation des ovaires malades met à l'abri de la récidive. Les injections iodées, qui sont accompagnées nécessairement d'une ponction, ne sont pas sans danger grave. Il en résulte, qu'en général, il y a avantage à traiter aussi les kystes uniloculaires par l'extirpation. Les ponctions successives et l'injection iodée doivent être réservées pour les cas où l'extirpation est contre-indiquée par l'âge, l'état général, la nature de la tumeur ou des circonstances qui rendent l'extirpation impraticable ou trop dangereuse.

D. L'ovariotomie, pratiquée en temps opportun, avant qu'il n'existe des complications graves consécutives à l'existence trop prolongée de la tumeur, aux ponctions, etc., que l'on a pratiquées, aux adhérences qui se sont formées, est une opération relativement d'une gravité très-faible, ainsi que l'atteste la statistique des opérations pratiquées par M. T. Smith qui, sur 21 cas bien choisis, puisque ce chirurgien n'a guère opéré que par une petite incision, n'a eu que 5 cas de mort. « T. Smith attribue ce beau succès au soin qu'il met à saisir les vraies indications de l'ovariotomie, à opérer surtout des cas simples ou des tumeurs d'un moyen volume et, autant que possible, n'ayant pas subi de ponctions antérieurement à l'ex-

tirpation (1). » D'après les résultats de ma propre pratique, en déduisant 3 cas dans lesquels l'opération a été pratiquée à un âge avancé et dans des conditions défavorables, où néanmoins la guérison a eu lieu dans un cas, il reste 9 cas dans lesquels le diagnostic a paru favorable à l'extirpation, et sur lesquels 8 guérisons ont été obtenues. En procédant de même, pour les grands opérateurs anglais, on arriverait très-probablement à une proportion aussi satisfaisante.

Pour porter un jugement sur le degré de gravité de l'ovariotomie, il faut établir trois catégories de cas :

1° Les cas simples non compliqués ou peu compliqués, où l'état général de la malade n'est pas encore compromis, où le diagnostic est favorable avant l'opération. Dans ces cas, la guérison doit être la règle, la mort, l'exception.

2° Les cas douteux, compliqués, où l'état général a subi des altérations profondes. Dans ces cas où le pronostic est grave, l'opération ne peut être *tentée* que comme une dernière chance de salut : la mort est la règle, la guérison l'exception. Ce sont surtout ces cas arrivés *in extremis* qui se présentent dans la pratique et qui ont grossi le chiffre de la mortalité, beaucoup de chirurgiens ayant été d'avis de n'opérer que lorsqu'il survient du dépérissement et des accidents sérieux.

3° Les cas qui, quoique compliqués, ne présentent pas toutefois de contre-indication grave, où les chances de guérison et de mort sont à peu près égales.

(1) Courty, *Excursion chirurg. en Angleterre.* Paris, 1863, p. 13.

Les perfectionnements introduits dans le manuel opératoire, des soins consécutifs à l'opération, mieux entendus, une plus grande précision dans le diagnostic, une connaissance plus exacte des indications et des contre-indications, ont eu pour effet de diminuer le chiffre de la mortalité, et ont permis d'entreprendre et de terminer des opérations qui, jadis, étaient considérées comme inabordables ou qu'on laissait inachevées.

CHAPITRE V.

ÉTAT DE LA QUESTION.

En définitive, pour une malade affectée d'une tumeur de l'ovaire, de même que pour une malade affectée d'une tumeur fibreuse de la matrice, en voie de rapide accroissement, la question de l'extirpation de ces tumeurs doit être posée de la manière suivante :

1° Vivre quelques années, plus ou moins : deux, dix, vingt ans, suivant les cas, d'une vie misérable, pleine d'angoisses, d'infirmités, d'ennuis, de douleurs plus ou moins vives et continues ;

2° Courir les chances de l'extirpation de la tumeur, les chances favorables étant d'autant plus nombreuses que l'opération est pratiquée en temps opportun, autant que possible, avant que la maladie soit entourée de complications, pour être débarrassée d'une affection nécessairement mortelle, et pour pouvoir revivre de la vie commune, à l'abri des tourments physiques et moraux, continus ou sans cesse renaissants, engendrés par la maladie.

Maintenant que l'extirpation des tumeurs des ovaires est sinon adoptée généralement, mais qu'il est constaté du moins qu'elle est dans certains cas utile et efficace, il s'agit, non plus de discuter si elle est praticable, mais de rechercher et de déterminer dans quelles circonstances et comment elle doit être pratiquée.

CHAPITRE VI.

INDICATIONS.

Les indications de l'ovariotomie ont été très-diversement comprises. Tandis que quelques chirurgiens tendent de nos jours à faire de l'ovariotomie le traitement général, initial, des kystes de l'ovaire arrivés à un certain degré de développement, avant qu'il ne soit survenu d'accidents graves et que l'état général ne soit compromis, le plus grand nombre ne considère cette opération que comme une ressource extrême, désespérée, comme un pis-aller après que d'autres moyens de traitement ont échoué. Les malades qui ont survécu sont alors le plus souvent très-débilitées, et il est survenu des complications consécutives à la durée de la maladie et aux moyens de traitement qui ont été mis en usage. Cette dernière catégorie de malades donne nécessairement des résultats peu favorables. Les opérées, déjà affaiblies, supportent difficilement l'hémorrhagie; l'énergie vitale, épuisée, ne résiste pas au traumatisme, à la péritonite consécutive et aux divers accidents qui peuvent survenir, et dont aurait triomphé une constitution moins affaiblie.

Les indications de l'ovariotomie peuvent être formulées ainsi qu'il suit :

1° La malade doit jouir d'une bonne constitution;

2° L'affaiblissement ne doit pas être trop considérable;

3° La malade doit manifester le désir formel d'être opérée, et être convaincue de la nécessité et de l'utilité de l'opération;

4° Toutes les tumeurs des ovaires, pourvu qu'elles ne soient pas de nature cancéreuse, sont susceptibles d'être extirpées. Tels sont : 1° les kystes uniloculaires, dans lesquels le liquide, d'ailleurs incolore et séreux, tend à se reproduire rapidement; ceux dont le contenu est épais, visqueux, de couleur foncée; 2° les kystes multiloculaires, dont le contenu albumineux est séreux, colloïde, gélatineux, soit incolore, soit de couleur foncée ou blanchâtre; 3° les tumeurs solides, ou en partie solides (sarcome, cysto-sarcome); 4° les kystes dermoïdes.

Les tumeurs libres, d'un volume moyen, celles qui ne présentent que des adhérences peu étendues, peu vasculaires, et dont le pédicule est long et étroit, sont donc les conditions les plus favorables.

5° L'extirpation est indiquée lorsque la maladie suit une marche progressive et que la vie de la malade est sérieusement menacée.

Il y a urgence d'opérer, lorsque les tumeurs tendent à augmenter rapidement, et lorsque la reproduction du liquide évacué s'opère promptement, et même lorsque le *statu quo*, sans être une cause de souffrance

et de troubles fonctionnels continus, amène cependant le dépérissement et l'amaigrissement.

6° Le moment d'opportunité pour l'opération est celui où une ponction palliative va bientôt devenir nécessaire, par suite du trouble que le volume de la tumeur menace d'apporter ou occasionne déjà aux fonctions de l'économie.

7° Les tumeurs compactes et les kystes multiloculaires, à petites loges, doivent être extirpés, autant que possible, avant qu'ils n'aient acquis un volume trop considérable, soit 25 à 30 centimètres de diamètre, quand même ils ne donnent pas lieu à des accidents immédiats ; parce que si l'on ne peut évacuer partiellement leur contenu, et s'ils doivent être extirpés en bloc, l'incision des parois abdominales deviendrait trop considérable, et la gravité de l'opération augmenterait en proportion.

8° Ce ne sont pas seulement les tumeurs d'un grand volume qui doivent être opérées : tandis que des tumeurs énormes restent parfois très-supportables, des tumeurs d'un faible développement occasionnent souvent des troubles graves, mais alors elles sont enclavées dans l'excavation pelvienne qu'elles obstruent complétement, et elles présentent des adhérences qui donnent lieu à des difficultés d'extraction très-considérables, sinon toujours insurmontables.

9° L'ovariotomie doit être entreprise, autant que possible, quelques jours avant ou après l'époque menstruelle; mais, du reste, l'apparition même immédiate des règles, ne paraît pas avoir d'influence

bien marquée sur les suites de l'opération.

10° Le traitement palliatif, par ponctions répétées, n'est applicable qu'aux kystes uniloculaires, dans les cas où le liquide se reproduit très-lentement, surtout lorsque la malade a passé l'époque de la ménopause, et lorsque l'ovariotomie est contre-indiquée.

CHAPITRE VII.

CONTRE-INDICATIONS.

Les contre-indications de l'ovariotomie résultent de l'état général de la malade, des circonstances locales de l'organe dégénéré, de l'âge, des circonstances particulières.

1° D'une manière générale, toute affection concomitante, mortelle dans un temps rapproché, et tout état pouvant avoir une influence défavorable sur la marche de la guérison, sont contraires à l'opération.

Les affections qui contre-indiquent d'une manière absolue l'ovariotomie, sont : les affections cancéreuses, tuberculeuses, syphilitiques, scrofuleuses ; les affections du cœur, du système nerveux, du foie, des reins, de la rate, des poumons, etc. ; les lésions graves de l'utérus et de ses annexes, de la vessie, du tube digestif ; l'ascite consécutive à une maladie du foie, du cœur, des reins, à une péritonite chronique, à un engorgement des glandes lymphatiques abdominales, etc. ; le défaut de plasticité du sang, l'état scorbutique, la bronchite, le catarrhe pulmonaire, la dyspepsie consécutive à une affection gastrique, hépa-

tique; lorsqu'il existe de l'anémie, de la chlorose, de la fièvre hectique, etc., à un degré prononcé ; lorsque la faiblesse, la maigreur sont extrêmes.

On doit surtout tenir grand compte de l'état général au delà de l'âge moyen et lorsque l'âge de la malade est avancé.

2° Les kystes ou les tumeurs ovariques qui ne donnent pas lieu à un trouble fonctionnel, qui ne s'accroissent point, ou qui ne s'accroissent que très-lentement, ne doivent pas être opérés : l'opération doit être réservée jusqu'au moment où ils tendent à occasionner des accidents, ou bien jusqu'au moment où elle devient opportune.

3° L'opération doit être rejetée si l'on soupçonne que la tumeur est de nature cancéreuse. Les dégénérescences cancéreuses des ovaires (cysto-carcinome, cysto-épithéliome) s'observent surtout à l'époque de la ménopause, vers quarante à cinquante ans ; le sarcome et le cysto-sarcome peuvent prendre quelquefois un développement énorme sans devenir cancéreux.

Les tumeurs qui ont subi la dégénérescence cancéreuse, laquelle ne se traduit parfois par aucun symptôme bien appréciable, ont ordinairement contracté des adhérences étendues, ou sont fusionnées avec les organes voisins; elles sont complétement inextirpables ou ne peuvent pas être extirpées intégralement. Les malades peuvent se rétablir de l'opération, mais elles ne tardent pas à succomber aux suites de la récidive de l'affection cancéreuse. Les affections cancéreuses des ovaires sont généralement accompagnées d'ascite

et on les observe très-fréquemment des deux côtés.

4° L'opération est contre-indiquée lorsqu'il existe des adhérences étendues, anciennes et partant très-vasculaires, surtout si l'état général de la malade laisse à désirer.

Les adhérences même générales ne sont pas contraires à l'extirpation lorsqu'elles sont récentes, lorsqu'elles ne sont pas très-intimes et fortement vasculaires, si les malades sont peu affaiblies, jouissent d'une bonne constitution et sont encore jeunes.

Les traitements antérieurs, les ponctions, les injections iodées, même une ovariotomie antérieure, ne contre-indiquent pas l'ovariotomie d'une manière absolue.

5° Il est imprudent d'opérer les tumeurs et les kystes volumineux, même dépourvus d'adhérences, lorsque les malades sont très-affaiblies, lorsque l'anémie est prononcée, parce qu'elles tombent facilement dans un état d'affaissement nerveux et n'offrent aucune réaction. A plus forte raison doit-on s'abstenir, lorsque l'hémorrhagie consécutive à l'opération menace d'être abondante.

6° L'ascite ne contre-indique pas l'extirpation de la tumeur, lorsqu'elle est uniquement le résultat de la transsudation ou de l'exhalation séreuse qui s'opère à la surface de la tumeur, ou qu'elle est consécutive à la présence de la tumeur dans la cavité abdominale.

Il faut s'abstenir d'opérer lorsqu'il existe de la fièvre (fièvre hectique, fièvre symptomatique d'une péritonite), surtout à la suite d'une ponction pratiquée récem-

ment : les femmes opérées meurent, en général, à la suite de l'ovariotomie pratiquée dans ces conditions.

7° La docilité de la malade doit être prise en considération. Les malades indociles compromettent le succès de l'opération, lorsqu'on ne peut obtenir d'elles pendant les premiers jours l'immobilité nécessaire à la cicatrisation, ou lorsqu'elles n'obéissent pas aux prescriptions.

8° Les malades chez lesquelles les éructations s'opèrent difficilement, ne sont pas des sujets favorables à l'extirpation des tumeurs abdominales, parce qu'elles sont sujettes à des tympanites qui entravent la marche de la cicatrisation.

9° Lorsque l'affection est ancienne et que la malade a éprouvé de longues souffrances, a été sujette à des péritonites, à des douleurs locales, les adhérences sont ordinairement très-étendues. On doit s'attendre à une opération de longue durée, compliquée, chanceuse.

Si la maladie se déclare à un âge avancé et affecte une marche lente, il faut s'abstenir d'en opérer l'extirpation ; mais si l'on diffère trop longtemps d'opérer l'extirpation des tumeurs déjà volumineuses que l'on observe chez les jeunes femmes, quand même l'évolution de la maladie n'est pas encore rapide, on s'expose à compromettre le succès d'une opération ultérieure.

« Pour moi, dit M. Brown, j'accepte cette dernière opinion, car je crois que les risques de l'opération deviennent plus grands, chaque année, à mesure que la

malade vieillit. La tumeur, ses enveloppes, son pédicule grossissent toujours. Les chances de la voir contracter des adhérences se multiplient ; la malade poursuit sa pénible existence, et devient de moins en moins capable de supporter le choc de l'opération à mesure qu'elle avance en âge. De même que je ne différerai pas l'opération de la hernie étranglée jusqu'à ce que les symptômes de la gangrène deviennent menaçants, de même, je n'hésiterai pas à extirper un kyste ovarique lorsque je serai une fois décidé à le faire. Je crois que si l'affection est récente, la mortalité sera très-faible (1). »

10° Lorsque le col de la matrice est élevé, surtout lorsqu'en même temps, la tumeur remplit l'excavation pelvienne, il existe le plus souvent des adhérences intimes dans le cul-de-sac recto-vaginal et avec la matrice, qui rendent l'extirpation très-laborieuse ou impraticable (2).

On peut encore soupçonner des adhérences dans le cul-de-sac recto-vaginal, chez les femmes restées stériles pendant plusieurs années et chez lesquelles la tumeur ne s'est développée que depuis peu de temps.

(1) Labalbary, *Des kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie.* Paris, 1862, p. 64.

(2) C'est ainsi que j'ai vu succomber très-rapidement une jeune femme atteinte de kystes multiloculaires des deux ovaires, formant ensemble une seule masse adhérant intimement à la matrice et aux organes du cul-de-sac recto-vaginal et que je n'ai pas cru devoir opérer. L'autopsie a justifié mon abstention, car la tumeur qui offrait à peine la grosseur d'une tête d'adulte eût été inextirpable, même si l'on avait cherché à l'enlever avec l'utérus.

11° Le volume trop considérable d'une tumeur ovarique, même d'un kyste uniloculaire sans adhérences, donne ordinairement lieu à des complications, pendant ou après l'opération. D'autre part, les tumeurs très-volumineuses ont fréquemment contracté des adhérences graves à la paroi abdominale, à l'intestin, au foie, etc.

12° Il faut différer l'opération lorsqu'il existe des maladies régnantes qui peuvent avoir une influence défavorable, telles que les épidémies de grippe, de fièvre puerpérale, etc.

13° Dans les cas où le diagnostic de la tumeur est douteux, il faut supposer le cas le plus défavorable et ne procéder à l'opération qu'autant que l'on pense que l'opération est praticable dans cette hypothèse.

14° Dans les cas de grossesse, et dans les cas où le diagnostic de la grossesse est douteux, il faut s'abstenir d'opérer.

CHAPITRE VIII.

PRONOSTIC.

La difficulté du diagnostic de l'état exact des parties et de la nature de la tumeur dans certains cas, l'impossibilité de constater dans la plupart des cas, soit, l'isolation de la tumeur, soit l'étendue et la nature des adhérences ne permettent pas de prévoir sûrement le degré de gravité de l'opération à pratiquer et ses conséquences. On ne peut avoir que des présomptions à cet égard. Dans l'extirpation des tumeurs ova-

riques et utérines, il faut toujours compter avec l'imprévu et l'inconnu, et s'attendre à toutes les complications possibles.

L'extirpation des tumeurs ovariques, comme toute gastrotomie (opération de hernie étranglée, extirpation de l'utérus, opération césarienne, etc.), doit toujours être considérée comme une opération très-grave, qui peut être très-séduisante par sa simplicité et par la rapidité de la guérison dans les cas favorables, mais qui peut aussi présenter les difficultés les plus sérieuses et les plus inattendues.

Le succès ne dépend pas seulement de la facilité, de l'habileté avec lesquelles l'ovariotomie peut être exécutée, de la manière dont elle a été exécutée, de la manière dont les indications et les contre-indications ont été comprises ; mais encore d'une série de conditions accessoires, dont quelques-unes ne peuvent être connues qu'au moment de l'opération, et dont les autres nous seront peu à peu révélées, d'une manière plus complète, par l'expérience.

Les principales circonstances, qui doivent surtout être prises en considération, sont les suivantes :

I. — *Age de la malade.* — On compte un plus grand nombre de succès chez les opérées qui n'ont pas au delà de trente-cinq ans environ

A un âge plus avancé, ainsi que je l'ai fait remarquer plus haut, les malades affaiblies résistent moins aux conséquences immédiates et aux suites de l'ovariotomie, au traumatisme, à l'hémorrhagie, à l'affaissement nerveux, à la péritonite, à la suppuration, etc. ;

mais, cependant, on a a opéré avec succès des malades âgées de près de soixante-dix ans. Tel est le cas où M. W. L. Atlee, cédant aux instantes sollicitations d'une malade âgée de soixante-huit ans, se décida néanmoins à entreprendre l'opération, dans l'espoir de retarder la mort, que de cruelles souffrances et un affaissement rapide rendaient imminente. Le kyste était multiloculaire et présentait des adhérences; il put être extrait au moyen d'une incision de 0^{m},20. L'opérée vivait encore en bonne santé trois années après (1).

II. — *État général.* — Toutes choses égales d'ailleurs, les malades d'une forte constitution, dont la santé est bonne et qui ne sont pas arrivées à un degré d'amaigrissement extrême, offrent plus de résistance vitale et supportent mieux les suites d'opérations graves; mais, un commencement d'anémie et d'affaiblissement, la maigreur même très-prononcée ne sont pas incompatibles avec le succès, si, du reste, la santé a toujours été bonne antérieurement, et s'il n'existe aucune autre contre-indication. L'anémie avec infiltration séreuse des extrémités, l'état scorbutique du sang, le lymphatisme, la tendance à l'obésité sont des circonstances qui tendent à compromettre le résultat des opérations les mieux conduites. Chez les malades amaigries, l'opération présente, en général, moins de difficultés d'exécution : la réunion est plus facile; le pédicule peut être attiré plus aisément au dehors, dans les cas où il n'offre qu'une longueur

(1) *Americ. Jour. of med. sciences*, avril, 1855.

moyenne ; les parois abdominales, moins lourdes, exercent moins de tiraillement sur la cicatrice ; enfin les opérées sont plus faciles à manier.

Il importe d'examiner avec soin les organes de l'économie, afin de ne pas commettre d'erreur de diagnostic, de ne pas laisser des affections méconnues, ou d'en omettre, ce que certaines malades, désireuses d'être opérées, ont quelquefois intérêt à obtenir.

III. — *Nature et connexions de la tumeur.* — Les kystes uniloculaires et les kystes multiloculaires, susceptibles d'être réduits à un petit volume, à la suite de l'évacuation du liquide qu'ils contiennent et qui ne présentent pas d'adhérences, donnent les résultats les plus favorables; leur extraction s'opère alors d'une manière très-simple et par une petite incision. Cependant les tumeurs multiloculaires sans adhérences, nécessitant pour leur extraction une longue incision donnent également des résultats favorables ; il en est de même des tumeurs qui ont contracté des adhérences étendues, même générales, pourvu que ces adhérences ne contiennent pas des veines ou des artères volumineuses, qui exigent des ligatures profondes. Les adhérences à l'épiploon, même très-vasculaires, sont sans conséquence si les ligatures ou l'épiploon lié en masse peuvent être attirés jusqu'au voisinage ou entre les lèvres de l'incision. Les adhérences au foie, à la rate, sont très-graves lorsqu'elles ont donné lieu à des déchirures de ces organes lors de l'extraction des tumeurs. Les adhérences intimes à l'intestin, dans le cul-de-sac recto-vaginal et à l'utérus sont également

très-graves, mais elles ne sont pas incompatibles avec le succès.

Les adhérences très-étendues, intimes et très-vasculaires peuvent rendre l'ovariotomie impraticable.

Les malades atteintes de tumeurs cancéreuses, qui ont été soumises à l'extirpation, peuvent se rétablir, ainsi que je l'ai fait remarquer déjà; elles peuvent vivre encore quelques mois, même au-delà d'une année, mais elles succombent constamment aux progrès de la dégénérescence cancéreuse des organes avec lesquels la tumeur avait contracté des adhérences ou des glandes lymphatiques auxquelles viennent aboutir les vaisseaux lymphatiques de l'ovaire.

La longueur du pédicule influe considérablement sur les résultats de l'ovariotomie. Lorsque le pédicule peut être attiré au dehors de la cavité péritonéale, jusqu'au delà du point où porte la ligature, ou lorsqu'il comporte l'application d'un instrument constricteur, on n'a point à craindre l'infection putride, la péritonite consécutive au séjour des parties mortifiées du pédicule dans la cavité péritonéale; la guérison survient d'une manière beaucoup plus rapide, et l'on peut obtenir la réunion immédiate de toute l'étendue de la plaie. L'épaisseur de la paroi abdominale chez les femmes douées d'embonpoint réduit nécessairement d'une quantité proportionnelle la longueur du pédicule jusqu'au niveau de la peau, ce qui s'oppose le plus souvent à l'application d'un instrument constricteur, car il est assez rare de rencontrer un allongement considérable du ligament

large. En opérant le recensement des cas de tumeurs ovariques sans adhérences ou n'ayant présenté que des adhérences n'ayant pas exigé des ligatures, j'ai trouvé que dans les quatre cinquièmes des cas, où le pédicule avait été fixé au dehors de la cavité péritonéale par des moyens divers la guérison avait été obtenue, tandis que dans les cas ou le pédicule avait été laissé à l'intérieur de l'abdomen, les trois quarts seulement des opérées avaient guéri.

Ces proportions sont plutôt au-dessous qu'au dessus de la réalité, quoiqu'elles ne coïncident pas avec les résultats généraux obtenus par M. J. Clay, qui ne compte que deux tiers de guérisons, dans les cas où il n'existait pas d'adhérence; mais j'ai déduit, pour me rapprocher de la vérité, les cas de mort qui ont été consécutifs à la manière vicieuse dont les opérations ont été exécutées. Du reste, si le pédicule est très-court on peut, avec avantage, en faire la ligature à la manière de M. T. Smith, le laisser séjourner dans la cavité abdominale et opérer la réunion immédiate, lorsqu'il n'y a pas d'autres ligatures profondes.

La simplicité, la rapidité, la précision avec lesquelles l'opération peut être exécutée, sont d'une grande importance pour son succès. Les opérations très-simples sont, en général, d'une exécution facile et n'exigent, de la part de l'opérateur, aucune aptitude spéciale. Les opérations compliquées, au contraire, réclament le plus grand sang-froid et les notions chirurgicales les plus étendues, jointes à la plus grande dextérité.

La longue durée de l'opération n'est pas incompatible avec le succès, mais il importe de l'abréger autant que possible, ce que l'habitude des opérations chirurgicales, l'expérience acquise, l'intelligence des aides permettent seulement d'obtenir.

IV. — *Volume de la tumeur.* — Les tumeurs d'un volume moyen, c'est-à-dire dont le poids est compris entre 6 à 12 kilogrammes, sont les plus avantageuses pour l'opération. Lorsque les tumeurs sont petites, leur extirpation, il est vrai, peut être beaucoup plus facile; elles ont contracté moins souvent des adhérences; mais alors, les parois abdominales n'étant guère distendues, on est exposé à l'issue des intestins pendant l'opération, et la réunion présente plus de difficulté, parce que les points de suture sont plus tiraillés, surtout lorsqu'il survient, ainsi que cela s'observe à l'ordinaire, de la tympanite les premiers jours. Les tumeurs très-volumineuses sont, le plus souvent, accompagnées d'adhérences; elles distendent fortement les hypocondres; elles exposent à la pénétration d'une grande quantité d'air, dont l'expulsion devient très-difficile, quoique, d'ailleurs, la résorption de l'air est très-rapide, s'il ne survient pas de péritonite à la quelle sa présence prédispose.

Les tumeurs susceptibles d'une réduction de volume par l'évacuation du liquide qu'elles contiennent n'exigent qu'une petite incision, ce qui est très-avantageux lorsqu'elles ne présentent pas d'adhérences graves; mais, néanmoins, M. J. Clay compte deux fois plus de succès pour les cas où l'incision a offert une longue

étendue. Ces cas ont donné lieu à un plus grand nombre de succès, non à cause de la plus grande longueur de l'incision même, mais parce qne dans les opérations accompagnées d'adhérences, d'hémorrhagie, etc., le nettoyage de la cavité abdominale, l'hémostase sont plus faciles que par une petite incision; car, si l'on pratique l'extirpation d'une tumeur adhérente au moyen d'une petite incision, et si les adhérences sont soustraites à la vue, on s'expose à laisser des foyers hémorrhagiques, et à donner lieu à des hémorrhagies consécutives, qui sont, en général, suivies d'une péritonite mortelle. Les cas qui n'exigent qu'une petite incision étant peu nombreux, il est évident que si l'on veut faire des petites incisions une règle générale, on devra s'attendre à des mécomptes : ce n'est pas tout d'extraire la tumeur, il faut avant tout que l'opération se fasse d'une manière sûre et convenable. Les chirurgiens, partisans des longues incisions, qui ont fait inutilement des incisions énormes pour extraire les tumeurs réductibles de volume et sans adhérences, sont tombés dans un excès contraire également préjudiciable.

V. — *Traitements antérieurs.* — Les traitements antérieurs par ponction, par injection iodée, qui n'ont pas été suivis de péritonite, ou de circonstances graves, n'influent pas sur le succès des opérations. Lorsqu'un kyste a été ponctionné, le moment le plus opportun pour l'extirpation est celui où la tumeur a acquis environ les deux tiers de son volume primitif.